

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

N°

THÈSE

81

pour le Doctorat en Médecine

par

Paul PATOUREAU

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

né à Saint-Nignan (Loire-Inférieure), le 23 Mai 1885



Contribution à l'Étude

des

Goitres Aberrants



Président : M. P. SEGOND, Professeur



NANTES

IMPRIMERIE-PAPETERIE-RELIURE OUVRIÈRE

26 bis, Rue Scribe et 1, Rue Lekain

1912

81



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

par

Paul PATOUREAU

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

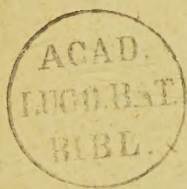
né à Saint-Aignan (Loire-Inférieure), le 23 Mai 1885



Contribution à l'Étude

des

Goitres Aberrants



Président : M. P. SEGOND, Professeur



NANTES

IMPRIMERIE-PAPETERIE-RELIURE OUVRIÈRE

26 bis, Rue Scribe et 1, Rue Lekain

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJAIS.
Histologie.....	P. MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	G. BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrégés en Exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (Pierre)	LENORMAND	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	PROUST
BRANCA.	GRÉGOIRE	LÉRI	RATHERY
BRINDEAU.	GUENIOT	LOEPER	RETTERER
BROCA (André)	GUILAIN	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET (André)	MORESTIN	ROUVIÈRE
CARNOT	LABBE (Marcel)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TERRIEN
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	TIFFENEAU
COUVELAIRE			ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Chirurgien en Chef des Hôpitaux de Nantes

A MON PÈRE

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS ET CONNAISSANCES

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POISSON

*Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine
de Nantes*

Chirurgien des Hôpitaux

Qui m'a si aimablement
aidé pour l'établissement de
cette thèse.

Hommage de ma profonde
reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SECOND

Chirurgien de la Salpêtrière

*Professeur de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine
de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

A la fin de nos études médicales, nous avons eu la bonne fortune d'assister à une opération rare faite par M. le Professeur POISSON : il s'agissait d'enlever plusieurs goîtres aberrants que portait un homme de 28 ans.

Nous assistâmes, ensuite, à la clinique faite sur ce cas et nous demandâmes à notre bienveillant maître si nous n'avions pas là le sujet d'une thèse ; cela nous valut de sa part une multitude de sages conseils ; il fut notre guide dans le choix du titre, dans la marche à suivre pour l'établissement et la division de ce travail — dirigeant nos recherches, ainsi que nos pas.

Ce que nous nous sommes proposé, c'est de réunir les notions éparses que l'on possède sur les goîtres aberrants dans la littérature médicale, de faire connaître l'étiologie de ses formations vagabondes, de montrer leur difficulté de diagnostic, due à la symptomatologie si variée qu'ils présentent ; de dire autant que faire se peut ce que le clinicien, en présence de ces tumeurs, doit faire, quel traitement il doit appliquer.

Nous ne nous occuperons que des goîtres nés en dehors de la glande principale, laissant de côté les goîtres migrants, qui ne sont en somme que des prolongements du goitre ordinaire, soit en arrière de l'œsophage ou de la trachée, soit en bas vers le thorax, dans lequel ils pénètrent parfois, d'où leur nom de goîtres plongeants.

Les véritables goîtres aberrants n'ont aucune relation avec la glande principale. Cependant, on fait rentrer dans les goîtres aberrants ceux dont le pédicule, qui peut

s'implanter sur un des lobes de la thyroïde normale, *ne contient pas de tissu thyroïdien*. Ces goîtres sont en général représentés par une tumeur de volume variable, en relation avec le corps thyroïde, par un pédicule fibreux qui contient parfois les vaisseaux nourriciers.

On comprend à première vue combien il est parfois difficile de différencier un goitre aberrant vrai d'un goitre migrateur dont le pédicule s'est peu à peu sclérosé.

La question est surtout délicate dans le cas de goitre aberrant endothoracique, présentant un pédicule le reliant à la glande normale.

Ce goitre s'est-il développé sur place, dans quelques cellules thyroïdiennes qui sont restées incluses dans la cage thoracique, par suite d'une évolution anormale dans le développement de l'être, ou bien, né d'un diverticule de la glande normale, le goitre s'est-il abaissé peu à peu, tirillant son pédicule qui s'est sclérosé par la suite?

Ici, la question ne peut être tranchée que microscopiquement. Le pédicule contient-il des vestiges de vésicules colloïdes, de cellules thyroïdiennes, le goitre fait partie du goitre plongeant ; si le pédicule n'en contient pas, il est dans la catégorie des goîtres aberrants.

Dans un premier chapitre, nous nous efforcerons de montrer pourquoi et comment des goîtres peuvent se développer en dehors de la thyroïde normale.

Puis nous verrons la division qu'il convient de donner à ces goîtres

Nous verrons les différents types histologiques que l'on peut rencontrer dans les goîtres aberrants, montrant surtout que, quel que soit l'emplacement de la cellule thyroïdienne, elle ne subit qu'un certain nombre de transformations indépendantes de son siège. Ce qui revient à dire que les goîtres aberrants peuvent présenter les mêmes types histologiques que les goîtres ordinaires.

Nous les divisons surtout d'après leurs différents sièges, ce qui nous en permettra une étude plus facile et mieux réglementée.

La symptomatologie sera faite suivant le siège; elle est très variable, cela se conçoit, suivant l'emplacement où se développe le goitre et les réactions que celui-ci produit sur les organes voisins.

Dans les chapitres suivants, nous examinerons les difficultés du diagnostic, le pronostic que l'on doit porter, la conduite que le clinicien aura à tenir en présence de ces cas.

CHAPITRE PREMIER

Historique — Embryologie

Un des premiers, REMAK, démontra, en 1850, que le développement du corps thyroïde se fait aux dépens du pharynx chez le poulet.

KOLLIKER, en 1861, lui attribue la même origine chez les mammifères, il constata sur la face ventrale du pharynx une dépression correspondant à un bourgeon plein qui se pédiculisait et, vers le onzième jour, se séparait de son point d'origine.

MÜLLER, en 1871, partagea cette opinion.

WÖLFLEDER découvre, en 1880, sur l'embryon du porc des bourgeons latéraux qu'il considère comme des ébauches du corps thyroïde et qu'il fait partir de la première fente branchiale.

STIEDA, en 1881, vit également ces bourgeons, leur attribua les mêmes significations que WÖLFLEDER, mais les fait partir de la troisième et quatrième fente branchiale, ainsi que SEESSEL.

BORN, en 1882, était d'avis qu'ils provenaient de la deuxième fente branchiale. Plus tard, il démontra la fusion des ébauches latérales avec l'ébauche médiane chez tous les vertébrés. FISCHER, par ses études sur les embryons de porc, FRORIEP, sur les embryons de veau, confirmèrent cette opinion.

DE MEURON vit les ébauches paires au côté dorsal de la quatrième fente, et émit cette opinion que les

ébauches paires ne devaient pas former la totalité des lobes latéraux.

HIS fait paraître ses recherches sur l'embryon humain, établissant une relation intime entre le développement de la langue et celui de l'ébauche thyroïdienne médiane.

KATSCHENKO, en 1888, établit que, sur l'embryon de porc, les ébauches latérales de la thyroïde ne se placent ni au côté dorsal ni au côté externe, mais sur la face interne de l'ébauche médiane, qui s'incurve pour les entourer. Contrairement à l'opinion de HIS, il admet que les ébauches latérales ne jouent qu'un faible rôle dans la formation de la glande.

HIS, en 1891, prétend que l'ébauche médiane, divisée à angle droit, contribue à la formation des lobes latéraux de la glande, mais sur un embryon humain de 9 millimètres, les ébauches latérales, trop petites, *ne sont pas* encore réunies à l'ébauche médiane.

En France, PRENANT démontrait que la glande thyroïde latérale venait de la quatrième poche endodermique, dont elle représente un diverticule ventral.

En 1894, il étudia à nouveau ce point spécial et trouva que la quatrième poche branchiale est formée de deux branches : l'une externe, l'autre interne : cette dernière est un diverticule de la première et se dilate en une cavité anfractueuse possédant de nombreux diverticules.

Les ébauches latérales conserveraient assez longtemps leur individualité, mais se transformeraient ensuite en un tissu lymphoïde, si bien que l'ébauche médiane contribuerait presque seule à la formation de la glande thyroïde.

En 1894, SIMON présente à la Société de Biologie, le 3 mars, un travail fait « sur l'évolution de l'ébauche thyroïdienne latérale chez les mammifères » ; il examine des cobayes de 6 c/m 6 que personne n'avait étudiés encore.

Au centre des ébauches latérales, il aperçoit le canal central tapissé d'un épithélium stratifié, mais ne peut

dire si les cordons qui l'entourent proviennent de l'ébauche paire ou impaire.

JACOBY, en 1895, a vu l'ébauche thyroïdienne moyenne représentée par deux bourgeons latéraux chez un embryon de porc de 11 millimètres, formée par deux cordons épithéliaux.

Actuellement, la majorité des auteurs admettent que le développement de l'appareil thyroïdien se fait de la façon suivante :

Si l'on examine une coupe frontale et verticale d'un embryon humain, après la deuxième semaine, on voit sur les côtés de l'extrémité céphalique quatre bourrelets saillants ou *arcs branchiaux* superposés, séparés les uns des autres par des dépressions ou *sillons branchiaux*.

Ces arcs symétriques s'avancent d'arrière en avant, de dehors en dedans, à la rencontre de leurs homologues, mais avec un mouvement plus rapide pour le premier arc ; la soudure des suivants s'effectue successivement de haut en bas. Si bien que, en étudiant par sa face pharyngée la paroi cervicale antérieure, on voit entre les deuxième, troisième et quatrième arcs branchiaux un espace triangulaire dont le sommet antérieur répond à la symphyse maxillaire et dont la base postérieure se trouve au voisinage du cœur.

C'est le *champ méso-branchial de His*.

Au sommet du triangle, une saillie médiane, le tuberculum impar de His est le premier rudiment de la pointe et du corps de la langue. Au-dessous, le bourgeon postérieur furcula de His est l'origine de la base de la langue et du larynx et est formé par les extrémités des deuxième et troisième arcs branchiaux. Les deux tubercules, antérieur et postérieur, s'avancent peu à peu à la rencontre l'un de l'autre, se soudent d'abord latéralement en gagnant progressivement vers la ligne médiane. Entre eux subsiste un *cul de sac* médian qui s'approfondit peu à peu pour donner le *canal thyro-lingual* ou *ductus thyreoglossus* de His.

L'extrémité supérieure reste ouverte et formera en arrière du V lingual le *foramen cæcum*. L'extrémité inférieure s'allonge jusqu'à l'angle de bifurcation du bulbe aortique, se bifurque, constituant par ses bourgeons un organe glandulaire qui formera la portion moyenne ou isthme de la glande thyroïde, avec la pyramide de Lalouette.

A côté de cette ébauche médiane il y a les ébauches latérales, évagination des troisième et quatrième poches endodermiques, « qui concourent à la formation de la
« glande principale par accollement avec l'ébauche mé-
« diane aux glandes parathyroïdiennes, aux glandules
« accessoires et au thymus.

Le diverticule ventral de la quatrième poche endodermique forme la thyroïde latérale : elle apparaît à la fin du deuxième mois. Habituellement, la partie supérieure du canal thyroéglasse, celle qui est au-dessus de l'os hyoïde, s'oblitére, et la partie inférieure du canal thyroéglasse, qui concourt à la formation de l'isthme, et qui, comme nous l'avons vu, se trouve placée tout au début dans l'angle de bifurcation du bulbe aortique, se sépare peu à peu de ce dernier au fur et à mesure que l'accroissement du cou se fait.

Mais que, par suite d'une anomalie dans l'évolution, la partie supérieure qui doit s'oblitérer dans le deuxième mois de la vie intra-utérine persiste, on a alors un tube permettant l'introduction d'un styret très fin allant jusqu'à la thyroïde médiane ; ce fait est d'une excessive rareté et le plus souvent le canal n'est perméable que jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; il forme alors le canal lingual découvert par Morgagni en 1742 et plus connu sous le nom de *canal de Bochdaleck*, du nom de l'auteur qui l'étudia plus particulièrement en 1866. Il trouva treize fois, sur cinquante cas examinés, un canal de 10 à 15 m/m s'ouvrant au foramen cæcum, de lumière variable, dont la paroi est tapissée par un épithélium à cils vibratiles et pouvant donner naissance à de petits diverticules de

même structure, cette disposition a été rencontrée assez fréquemment par HIS, STRECKEISEN, MARSHALL, CHEMIN. On a même décrit un conduit fermé à ses deux extrémités représentant le même conduit oblitéré à sa partie supérieure. De plus, sous l'influence de conditions obscures au cours du développement, ce canal thyroïdienne *peut former, en divers points de son trajet, de petits diverticules* qui se brancheront sur le conduit principal et qui en suivront l'évolution. Autrement dit, *ces conduits accessoires peuvent se transformer en des follicules glandulaires à structure identique à celle de la glande principale*. Ainsi se trouve expliquer l'existence de *petits amas de tissu thyroïdien, de glandes thyroïdiennes aberrantes* trouvées si souvent dans les tissus de la région périhyoïdienne au cours de dissections minutieuses.

STRECKEISEN, qui a étudié la question tout spécialement, a constaté les relations étroites entre les thyroïdes aberrantes et le canal thyroïdienne, relations constituées par des tractus fibreux représentant les *vestiges des diverticules* émanant du canal thyroïdienne et qui se sont oblitérés. Il n'y a, de plus, aucune raison pour que ces relations ne disparaissent pas, tout comme peut disparaître toute attache de la glande thyroïde avec le canal thyroïdienne, sans laisser comme vestige de pyramide de LALOUETTE, *ni même de tractus fibreux*.

Nous trouvons cette explication dans les travaux de HIS :

« Si une partie du ductus thyreoglossus située assez loin de la glande thyroïde se maintient pendant que le reste du canal disparaît, il se forme par prolifération épithéliale une *glande thyroïde accessoire*. Ces glandes peuvent provenir aussi d'un diverticule du foramen cœcum. Le canal peut se fragmenter en divers endroits, donner naissance à un chapelet de glandules tel que KADYI l'a observé. »

STRECKEISEN exprime la même idée : « Il semble que ces glandules soient des parties détachées par étranglement d'une pyramide qui se dirigeait vers la base de la langue. »

VERNEUIL, dès 1853, signale une glande thyroïde accessoire. Voici ce qu'il publia dans les *Archives Générales de Médecine* (en 1853, page 464) :

« Dans ces derniers temps, en disséquant les insertions des muscles de la langue à l'os hyoïde, je rencontrai une petite masse d'apparence glandulaire adhérent fortement à la partie moyenne du bord supérieur de l'os, entre les genio-hyoïdiens et les genio-glosses. Cette masse était rouge, molle, sessile, du volume d'un gros pois, lisse à sa surface, d'un tissu homogène. Je fis l'examen microscopique et reconnus la structure de la glande thyroïde. »

Depuis cette découverte, la glande fut plusieurs fois décrite.

ZUCKERKANDT trouva cinquante-sept fois sur deux cents cette petite glande plus ou moins développée aux environs de la ligne médiane et sur la convexité de l'os hyoïde.

KADYI s'exprime ainsi en 1879 : « Au niveau de l'insertion des muscles de la langue sur l'os hyoïde, je remarquais dans un cas un corpuscule glandulaire de la grosseur d'un grain de blé, situé entre les insertions des deux genio-hyoïdiens au corps de l'hyoïde. L'examen microscopique montra que c'était un fragment isolé de substance thyroïde — on connaît au corps thyroïde des glandules accessoires, mais qu'une partie de la glande puisse s'étendre jusque dans la région sus-hyoïdienne ou que des glandes isolées s'y développent, cela n'a été indiqué par personne jusqu'à présent. »

Pour les mêmes raisons d'anomalies d'évolution, on peut rencontrer des glandules plus ou moins reliées à la face inférieure de la glande principale par des tractus fibreux et situées au-dessus de la crosse aortique; on se souvient qu'à un moment donné la thyroïde médiane est située dans l'angle de bifurcation du bulbe aortique, c'est là l'origine des glandules de WÖLFLE, situées au-dessus de la crosse aortique.

D'un autre côté, les cellules endodermiques qui doivent donner naissance au thymus et à la thyroïde sont tellement

rapprochées au début qu'il est facile de comprendre que certaines cellules thymiques peuvent se joindre à des cellules aberrantes du corps thyroïde et donner naissance à des tumeurs complexes. Pour les mêmes raisons de proximité chez l'embryon on comprendra comment et par quel mécanisme des glandules thyroïdiennes se trouveront chez l'adulte disséminées dans un espace assez considérable, représentant un triangle isocèle à sommet inférieur correspondant à la crosse de l'aorte, à base supérieure formée par le bord du maxillaire inférieur (WOLFLER) et dont les côtés suivent les vaisseaux du cou.

Voici à ce sujet ce que l'on rencontre dans TESTUT et JACOB (page 601) :

« On rencontre assez souvent, développées dans le voisinage de la thyroïde, de toutes petites masses glandulaires qui présentent la même structure que cette dernière. Ce sont les thyroïdes accessoires. Elles sont situées soit dans l'épaisseur de la base de la langue (thyroïdes sus-hyoïdiennes, glandes de ZUCKERKANLD), soit au-devant de l'os hyoïde (thyroïdes périhyoïdiennes), soit au-dessous de cet os (thyroïdes sous-hyoïdiennes) et se développent alors de préférence au-devant de la membrane thyrohyoïdienne ou sur la face antérieure des deux cartilages cricoïde et thyroïde. Elles remplacent d'ordinaire tout ou partie de la pyramide de LALOUETTE.

« Elles peuvent encore, quoique beaucoup plus rarement, siéger au-dessous de la thyroïde normale, et nous signalerons, à ce sujet, la thyroïde accessoire décrite par WOLFLER, au-dessus de l'aorte, sous le nom de *glande sus-aortique*. Ces thyroïdes accessoires ne sont autre chose que des formations *surnuméraires ou aberrantes* qui se sont développées aux dépens de l'ébauche thyroïdienne médiane ou de son pédicule. »

On sait, en effet, que la thyroïde résulte de l'union de deux bourgeons latéraux (évaginations de la quatrième poche branchiale) avec un bourgeon médian. Ce bourgeon médian, encore appelé ébauche de la thyroïde médiane,

naît de la paroi antérieure du pharynx buccal et se porte d'arrière en avant et de haut en bas à la région antérieure du cou où il s'unit avec les bourgeons latéraux. Ces derniers forment les lobes latéraux, le bourgeon médian, sa partie médiane autrement dit l'isthme et la pyramide. Il convient d'ajouter que seule l'extrémité inférieure renflée du bourgeon médian prend part à la formation de la glande ; son pédicule qui, on le sait, est creux d'abord, plein ensuite, rattache seulement l'organe nouvellement formé à l'épithélium bucco-pharyngien.

Ce pédicule disparaît d'ordinaire vers le deuxième mois, mais sa persistance partielle ou totale est extrêmement fréquente, et dans ce cas il se présente naturellement sous deux formes rappelant chacune l'un des deux stades embryonnaires, sous forme de canal ou sous forme de cordon. Dans le premier cas, c'est le canal thyroéglosse de His ; dans le second cas, le cordon ou tractus thyroéglosse.

Ce tractus thyroéglosse, quand il existe, commence sur la base de la langue au niveau du foramen cœcum ; il descend ensuite dans le septum médian de la langue, arrive au bord supérieur de l'os hyoïde et gagne le sommet de la pyramide de LALOUETTE qui le rattache à l'isthme thyroïdien.

C'est aux dépens du tractus thyroéglosse, nous le répétons, que se développent les glandules thyroïdes accessoires, et l'on s'explique maintenant les divers sièges que peuvent occuper ces formations anormales suivant qu'elles naissent de sa portion sus-hyoïdienne, pré-hyoïdienne ou hyoïdienne.

Les thyroïdes accessoires sont susceptibles de subir les mêmes dégénérescences que la thyroïde normale et l'on risque, si l'on oublie leur existence, de les confondre, comme on l'a fait pendant longtemps, avec les hygromas de la bourse séreuse préthyroïdienne de BÉCLARD ou de la bourse de BOYER, située entre la membrane thyro-hyoïdienne et le muscle thyro-hyoïdien ; avec les adénites cervicales, les kystes congénitaux, les tumeurs des glandes salivaires.

CHAPITRE II

Étiologie

Si nous connaissons certaines causes prédisposantes de l'apparition du goitre en général, il faut bien avouer que nous ne connaissons rien sur les causes qui déterminent celles des goitres aberrants.

C'est une affection rare, mais qui a dû souvent être méconnue.

Le fait étiologique le plus important, c'est l'influence du sexe sur son développement. Les femmes forment la majeure partie des sujets porteurs de goitres aberrants : *il est très rare d'en trouver chez les hommes*. L'explication de la chose est délicate ; peut-être ne faut-il voir là que la prédisposition connue depuis longtemps de la femme pour le goitre ? Peut-être les amas thyroïdiens sont-ils plus fréquents chez la femme ? Il resterait à expliquer pourquoi chez la femme se développent plus particulièrement ces glandes aberrantes.

L'âge auquel apparaît la tumeur est des plus variable ; rencontré chez le nouveau-né, le goitre aberrant l'est également chez des vieillards. Mais ordinairement c'est au moment de la puberté qu'il se développe.

Les données étiologiques de sexe et d'âge ne varient pas de celles qui concernent le goitre ordinaire. Très probablement les conditions qui accompagnent le développement de ces goitres : l'hérédité, le climat, la constitution géologique du sol, les conditions thermiques et en

particulier l'action de l'eau d'alimentation sont également les mêmes.

De plus, la rareté de ces goîtres chez l'homme, leur présence presque exclusive chez la femme, leur développement très fréquent au moment de la puberté, nous montrent les rapports intimes qu'il y a entre ces néoformations et la congestion thyroïdienne qui accompagne les règles.

Peut-être aussi leur apparition est-elle consécutive à un hypofonctionnement ou une atrophie de la glande principale, comme tendraient à le faire croire certaines observations dans lesquelles l'ablation de petites tumeurs goitreuses aberrantes aurait amené du myxœdème chirurgical. Dans ces cas les goîtres aberrants seraient là pour jouer un rôle compensateur.

[CHAPITRE III

Division

Nous diviserons l'étude des goitres aberrants d'après leur type histologique, nous efforçant de montrer qu'on peut rencontrer dans ces tumeurs les mêmes formes que dans le goitre ordinaire.

Nous décrirons les goitres aberrants *hypertrophiques*, résultant d'une hypertrophie simple de l'amas thyroïdien aberrant.

Puis l'adénome fœtal
— colloïde ou gélatineux
— myxoïde.

Les variétés vasculaire
— kystique
— fibreuse.

Mais nous étudierons surtout les goitres aberrants d'après leur localisation ; les symptômes et le diagnostic variant d'après leur siège.

Nous les diviserons pour la commodité de l'étude :

A) *En goitres issus du canal thyro-glosse.*

Ceux ci comprennent les goitres de la langue ;
— certaines grenouillettes, par suite
de dégénérescence kystique ;
— certains kystes du canal thyro-lingual.

B) *En goitres latéraux* périlaryngés ou périhyoïdiens, occupant la région latérale du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule.

c) *En goîtres rétroviscéraux*, prenant naissance en arrière du pharynx et de l'œsophage.

d) *En goîtres intralaryngés et intratracheaux*.

e) *En goîtres endothoraciques aberrants vrais*.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les différents types que l'on peut rencontrer parmi les goîtres aberrants *sont les mêmes que ceux que l'on rencontre dans les goîtres de la glande principale.*

Ici, comme là, l'élément thyroïdien peut subir, sous l'influence de causes étiologiques *mal connues*, des transformations qui amèneront une augmentation de volume. WALTER (1817), ECKER, FRERICHs, ROKITANSKY, PORTA n'avaient pas modifié les notions sur les goîtres charnus, colloïdes liquides, angiomateux, anévrysmatiques, variqueux.

VIRCHOW groupa, le premier, dans une vue synthétique, tous les *goîtres sous un même type originel* qui proviendrait de la multiplication des éléments épithéliaux de la glande.

Pour lui, à la période de début de *tous les goîtres*, on voit çà et là dans le parenchyme normal les follicules et vésicules proliférer, envoyer dans le tissu conjonctif ambiant des bourgeons épithéliaux d'abord verruqueux, puis qui s'allongent peu à peu, comme le font les tubes glandulaires pleins de thyroïde fœtale, à leur deuxième phase de développement. Plus tard, sous l'influence des vaisseaux qui les pénètrent peu à peu, les tubes épithéliaux s'étranglent, se morcellent pour aboutir à de nouveaux groupements folliculaires et vésiculaires.

Ainsi naîtra le *goître parenchymateux* ou *hypertro-*

phique qui, par des transformations successives, dues à la sécrétion de l'épithélium, à la prolifération des vaisseaux, aux réactions du tissu conjonctif, donnerait le *goître colloïde* ou *gélatineux*, *kystique*, *vasculaire*, *fibreux*.

HRTZIG, en 1894, admettait l'opinion de VIRCHOW sans admettre la production de bourgeons solides exogènes au premier stade : celui-ci serait dû à la prolifération intravésiculaire simple de l'épithélium glandulaire normal.

Pourtant, dès 1883, WÖLFLEK reprochait à VIRCHOW d'avoir fait une part trop large aux tumeurs par hypertrophie alors que la plupart des goîtres correspondent à « de véritables *néoplasies* » qu'il groupe sous le nom générique d'adénomes et provenant non plus des vésicules normales, *mais d'amas épithéliaux résiduels* inclus dans la glande.

Bien que nié par WÖLFLEK, la simple hypertrophie se rencontre dans les goîtres et principalement dans les goîtres aberrants, qui semblent parfois n'être que des organes de suppléance.

Goître hypertrophique

Le goître hypertrophique ou parenchymateux, appelé encore folliculaire ou glandulaire, en raison de ses grandes ressemblances avec l'élément normal, était considéré comme très fréquent par ROKITANSKY, qui en faisait le premier stade de toutes les tumeurs bénignes d'origine thyroïdienne.

VIRCHOW avait englobé dans l'hypertrophie plusieurs types d'adénomes qui en furent distraits par WÖLFLEK ; si bien que réduite à ses cas types, l'hypertrophie pure a été reconnue comme une forme peu habituelle des goîtres, mais représentant toutefois environ le dixième de leur totalité.

L'hypertrophie peut porter sur l'ensemble ou sur quelques points de l'amas thyroïdien et il s'en suivra

ou une augmentation en masse unie régulière, ou bien les contours extérieurs seront plus ou moins irréguliers et bosselés.

Les dimensions sont rarement considérables et restent dans certains cas stationnaires pendant des temps plus ou moins longs, dix à vingt ans par exemple.

L'aspect de la tumeur est celui de la glande normale, parfois la capsule est plus vascularisée.

La consistance molle est élastique.

A la coupe, le tissu, d'une coloration plus ou moins rosée jaunâtre, a des reflets brillants, une *structure homogène* compacte. Ça et là de petites bulles colloïdes tranchent sur la surface de section.

Au microscope : A un faible grossissement la topographie et la répartition des lésions est caractéristique.

Le strome conjonctif délimite des lobules divisés eux-mêmes par des cloisons plus fines en espaces alvéolaires.

Ces ilots contiennent soient des ilots pleins de cellules glandulaires *jeunes*, avec de gros noyaux faiblement colorés et peu de protoplasma, soit des vésicules bordées de cellules sphériques ou cubiques, remplies de substance colloïde. Parfois une ébauche de noyau fibreux tendant à étouffer un amas de vésicules.

Lorsque prédomine la multiplication des follicules pleins et des vésicules, on a le *goitre hypertrophique parenchymateux* ; quand il y a hypersécrétion de la substance colloïde dans les vésicules, c'est le *goitre hypertrophique gélatineux*, bien difficile à distinguer de l'adénome colloïde.

De même on peut rencontrer des lésions d'hypertrophie presque pure avec une réaction inflammatoire du tissu conjonctif et un développement *vasculaire* assez marqué. Ces formes semblent des phases différentes d'une évolution du goitre soit vers la forme colloïde, soit vers la forme vasculaire, soit vers la forme fibreuse.

Les Adénomes

L'adénome, d'après WALDEY, devrait n'être qu'une néoformation rappelant en tous points la structure normale. L'adénome, tel que l'a décrit WÖFLER, proviendrait non pas des éléments organisés de la glande mais d'*amas épithéliaux embryonnaires, qui se trouveraient entre les vésicules*. Tantôt, il y a multiplication de ces cellules embryonnaires suivant le type fœtal (adénome fœtal, adénome myxomateux), tantôt ces cellules embryonnaires évoluent tardivement vers la structure normale du parenchyme adulte. Ce sont les adénomes folliculaires, tubulaires, gélatineux ou colloïdes.

Dans ces conditions on comprendra combien la différenciation entre ces adénomes et le goitre hypertrophique colloïde devient difficile et même impossible.

L'évolution doit faire de l'adénome un type à part dans la classification des goîtres. Ici, l'instabilité des formations adénomateuses est telle, qu'avec un même aspect, une même structure macroscopique et histologique, certaines tumeurs restent indéfiniment bénignes, tandis que d'autres envoient à distance des métastases, formant les goîtres métastatiques et gardent le type adénomateux bénin. D'autres, après ablation, récidivent avec les caractères de l'épithélioma.

Adénome Fœtal

Macroscopiquement, on le reconnaît, à sa distribution plus habituelle dans les couches périphériques de l'amas thyroïdien. Les noyaux qu'il forme tranchent sur le fond gris rosé de la coupe par leur coloration crue qui varie du blanc neige au brun noirâtre, suivant la vascularisation et la quantité des extravasations sanguines; parfois, on remarque des hémorragies interstitielles plus ou moins larges, orangées ou rouges. La consistance varie également

de la dureté du fibrome à la mollesse de l'encéphaloïde suivant que la multiplication des éléments cellulaires est plus ou moins intense.

Microscopiquement, les formations adénomateuses sont constituées par des cellules rondes ou ovales variant comme dimensions des plus petits aux plus grands globules blancs : les cellules se confondent plus ou moins par leurs bords, si bien que l'on dirait « un large protoplasma semé irrégulièrement de noyaux » ronds ou ovales, toujours bien colorés (BÉRARD).

Des formations conjonctives s'insinuent entre ces amas épithéliaux, mais ce réseau est toujours incomplet, constitué par des éléments jeunes, distendus d'aspect myxoïde.

WÖLFLE a étudié la disposition des vaisseaux dans ces tumeurs après injection au bleu de Prusse ; rien ne rappelle le tissu thyroïdien adulte. Les plus petits noyaux sont les plus vascularisés : encerclés de larges capillaires, ils sont pénétrés en tous sens par une énorme quantité de vaisseaux plus petits, avec des parois rudimentaires, dilatés par place en ampoules variqueuses.

On retrouve là l'aspect et la disposition des cellules épithéliales par rapport aux capillaires dans la thyroïde embryonnaire et c'est pour cela qu'on donne à ce type le nom d'adénome fœtal. Ces goîtres constituent des tumeurs molles partiellement réductibles et auxquelles on a donné le nom de *goîtres angiomateux*. En grossissant, ils ont une tendance à se rapprocher de la structure normale, mais, avant d'y arriver, les points distendus des capillaires cèdent et des hémorragies inondent le parenchyme, formant des foyers d'apoplexie. Quelques-uns de ces foyers limités à des bandes conjonctives en formation renferment des îlots de cellules épithéliales refoulés ou tassés ; certains sont envahis par des masses fibrineuses avec des portions en voie de dégénérescence graisseuse.

De même que dans la glande embryonnaire, il existe donc dans l'adénome fœtal une circulation lacunaire (BÉRARD).

Adénome colloïde ou gélatineux

Macroscopiquement, l'amas ganglionnaire est envahi en totalité ou en partie ; la consistance est plus molle que dans l'adénome fœtal, les noyaux sont moins denses, moins distincts du parenchyme qui les englobe. Tous ces adénomes sont constitués essentiellement par des vésicules à contenu colloïde plus ou moins voisines des vésicules adultes de la glande normale : ils proviennent d'amas cellulaires résiduels que nous avons vu déjà produire l'adénome fœtal.

Suivant la prolifération plus ou moins active des amas cellulaires et de l'épithélium de revêtement, on peut avoir tous les aspects intermédiaires entre l'adénome gélatineux pur et le carcinome colloïde alvéolaire ou nodulaire, la « *transition entre l'adénome bénin et le cancer est insensible* » (BÉRARD), aussi bien anatomiquement que cliniquement

Les principales variétés de l'adénome gélatineux sont :

L'adénome intéracineux,

Le cysto-adénome,

L'adénome myxomateux.

Adénome intéracineux

L'adénome intéracineux, le plus fréquent, s'observe chez des sujets de quinze à quarante ans.

Il est caractérisé par la néoformation de vésicules colloïdes dans le parenchyme intéracineux, aux dépens des amas cellulaires fœtaux qui se trouvent entre les vésicules.

A la coupe, il est mou, et le scalpel se recouvre d'une gelée poisseuse, jaunâtre, donnant au doigt une sensation tout à fait caractéristique. La pression fait sourdre une gelée épaisse qui s'agglomère en blocs transparents.

Le microscope montre une quantité énorme de vésicules tassées les unes contre les autres, la plupart restant plus petites que des vésicules normales ; groupées en nodules de trente à quarante éléments par des travées fibreuses, elles rappellent les lobules de la glande normale. Elles sont toutes *tapissées de cellules cubiques sur un seul rang*. Leur contenu est de substance colloïde.

Les espaces intervésiculaires sont occupés par des amas cellulaires épithéliaux, les uns épais, d'autres groupés déjà comme pour ébaucher des vésicules rudimentaires au centre desquelles apparaît une goutte de substance colloïde.

Plus tard, quand les vésicules kystiques ont acquis de grandes dimensions et se sont adossées les unes aux autres, les parois, sous l'influence d'une mauvaise nutrition se résorbent peu à peu et on ne trouve plus, en certains points, que des flaques colloïdes à contours polygonaux.

L'évolution est assez lente et de tels goîtres restent bénins.

Cysto-Adénome

Le cysto-adénome correspond à certaines des plus grosses tumeurs qu'il soit permis d'observer, formant des masses énormes suspendues parfois comme des sonnailles au cou des goitreux, molles et rénitent, parfois pseudo-fluctuant, il n'est formé presque que de substance colloïde.

Il est formé de kystes variant de la dimension d'une lentille à celle d'un œuf — plusieurs kystes peuvent se réunir ensemble. Des multiplications cellulaires plus ou moins actives s'effectuent. Des végétations épithéliales *endogènes* ou *exogènes* aboutissent à la formation de plusieurs générations de kystes inclus les uns dans les autres, ou bien, poussant en dehors, déterminent de nouvelles formations kystiques

Ils récidivent parfois sur place et peuvent donner des métastases.

WOLFLER en rapporte plusieurs exemples et les compare aux kystes multiloculaires de l'ovaire proliférants, dont leur structure se rapproche beaucoup (WALDEYER).

Adénome myxomateux

L'adénome myxomateux folliculaire ou tubulaire a été distingué des autres formes de goîtres à cause de l'aspect myxoïde trouble de son stroma, par Wilhem MÜLLER.

« C'est, en réalité, dit BÉRARD, un type secondaire
« développé sur un adénome fœtal ou gélatineux anté-
« rieur à l'occasion de poussées congestives aiguës ou
« répétées de la puberté, la menstruation, la grossesse. »

L'aspect macroscopique peut être celui de l'adénome fœtal avec noyaux distincts plus ou moins saillants et mous, perceptibles à la surface de la glande ou celui de l'adénome gélatineux avec augmentation de volume, plus diffuse et contours moins bosselés. La couleur de la glande normale est retrouvée ici avec des noyaux bien encapsulés.

Au microscope, ce qui frappe, ce sont les caractères de la substance fondamentale et interstitielle qui prend mal les colorants et apparaît avec une structure mal définie.

Semés irrégulièrement sur ce fond, on voit des amas compacts sans lumière centrale, à contours bien nets. Souvent ces amas folliculaires arrondis s'alignent les uns à la suite des autres dans les travées, ou bien les cellules se tassent entre les faisceaux myxoïdes du stroma en longues coulées, pour réaliser l'adénome tubulaire. Ces amas sont formés de cellules épithéliales bien colorées, fermes, avec peu de substance colloïde entre elles.

D'après WOLFLER, l'adénome folliculaire myxoïde est toujours précédé, dans son apparition, par des hémorragies interstitielles, qui se sont faites au sein de l'adénome fœtal ou gélatineux primitif.

Parfois, l'hémorragie a détruit les cellules glandu-

lares, déterminant une réaction fibreuse ou calcaire de tous les éléments autour desquels elle s'est épanchée. En d'autres points, la substance fondamentale a simplement subi une modification aboutissant à l'aspect hyalin.

Nous venons d'étudier les types fondamentaux que l'on peut établir d'après les caractères histologiques des goîtres. C'est à eux qu'il faut rapporter les formes des tumeurs considérées autrefois comme des espèces anatomiques et cliniques autonomes, en particulier les *goîtres vasculaires*, *kystiques*, *fibreux*, *calcififiés* et *osseux* qui tous procèdent de ces types primordiaux.

Goitre vasculaire

Le goitre vasculaire, angio-caverneux (GEUZMER), pulsatile (LÜCKE), anévrysmatique (KRISHABER), variqueux (VON WALTHER), suivant qu'on le considérerait comme formé aux dépens des artères, des veines ou des capillaires englobe en réalité toutes les tumeurs dans lesquelles les vaisseaux acquièrent un développement particulièrement actif.

Dans tous les goîtres charnus, les vaisseaux nourriciers augmentent de calibre, de grosses veines sillonnent la capsule, de larges lacunes apparaissent au niveau des capillaires poussant des prolongements dans le parenchyme; que l'on ajoute à cela le retentissement que produisent ces tumeurs sur la circulation, et l'on comprendra comment on décrivit des goîtres angiomateux, anévrysmatiques, variqueux, alors que, en réalité, comme LÜCKE l'avait démontré, tout goitre vasculaire répond à un type glandulaire d'adénome primitif.

Le goitre vasculaire se rencontre chez les jeunes sujets porteurs d'adénomes fœtaux mous.

Goitre kystique

Le goitre kystique se rencontre surtout dans les

goîtres évoluant depuis longtemps, ils furent longtemps confondus avec les autres tumeurs du cou, tels que les kystes séreux mucoïdes et dermoïdes ; ils furent décrits par MAUNOIR, de Genève, puis étudiés par BONNET, VELPEAU, OLLIER, TILLAUX. Ils varient extrêmement d'aspect et de volume qui parfois peut être énorme ; BRUNS, au Congrès des Chirurgiens allemands de 1891, cite le cas d'un malade obligé de soutenir avec une serviette un goitre énorme qui lui descendait jusqu'à l'ombilic et qui avait un diamètre égal à celui du tronc.

Le mécanisme de formation de ces kystes est le même que celui de l'adénome *interacineux* et du cysto-adénome. Distension, confluence de plusieurs formations contiguës, sécrétion de plus en plus abondante de substance colloïde, voilà les causes de ces kystes volumineux. Des hémorragies péri et intra-kystiques peuvent se former, on trouve alors en leur intérieur du sang mélangé à des cellules mortes ou éparpillées, formant une masse plus ou moins consistante dans laquelle on trouve des amas fibrineux renfermant des cellules, des globules qui, tombant à la partie inférieure, décante semble-t-il le liquide résiduel qui devient plus fluide, est trouble et chatoyant, pailleté de cholestérine et un peu onctueux.

Les parois de ces kystes montrent au microscope :

Une couche externe fibreuse pauvre en éléments cellulaires ;

Une couche intermédiaire remaniée par les hémorragies interstitielles avec des formations acineuses et tubulaires secondaires dues à la prolifération de l'épithélium au voisinage des foyers hémorragiques ;

Une couche interne plus ou moins riche en *vésicules colloïdes* et en formations adénomateuses souvent dépourvue de revêtement épithélial.

Si l'hémorragie est brusque et sérieuse, elle peut remplir la cavité, distendre le kyste dans lequel on trouve un volumineux caillot gelée de groseille qui forme l'*hématocèle thyroïdienne*.

Goitre fibreux

Le goitre fibreux est le stade ultime auxquels aboutissent les hypertrophies et les adénomes de la substance thyroïdienne, il y a transformation scléreuse commençant autour des vaisseaux, les bandes fibreuses envoient des prolongements, qui pénètrent la masse adénomateuse et qui se rétractent ensuite comme dans la cirrhose atrophique du foie.

Suivant les cas, la sclérose est plus ou moins discrète, les amas thyroïdiens subsistent plus ou moins.

Ces goîtres fibreux ont été décrits comme des fibromes primitifs alors qu'ils ne sont qu'un mode de terminaison dans l'évolution de l'adénome fœtal.

Pour le goitre crétacé il en est de même.

Telles sont les différentes formes rencontrées dans les goîtres aberrants. Ce sont les mêmes que dans le goitre ordinaire, la cellule thyroïdienne subissant des modifications que l'aberrance ne peut faire varier.

Goîtres supérieurs

Si maintenant nous étudions les goîtres aberrants suivant leur localisation, nous voyons que les goîtres supérieurs sont situés plus ou moins haut au-dessus de l'isthme de la glande thyroïde principale et naissent soit d'amas résiduels thyroïdiens provenant du tractus thyroïdial, soit des invaginations accessoires de ce canal ; suivant leur hauteur vis-à-vis de l'os hyoïde on a des goîtres *sus-hyoïdiens* ou *sous-hyoïdiens*, périlaryngés.

Parmi eux certains doivent attirer plus particulièrement notre attention.

Goitre de la base de la langue

Le goitre de la base de la langue est l'un des plus

intéressants, il répond soit à de véritables tumeurs adénomateuses, soit simplement à l'hypertrophie fonctionnelle compensatrice quand la glande principale devient insuffisante, ou bien s'atrophie.

Il présente les mêmes facteurs étiologiques que les autres goîtres : prédominance chez la femme. ARMEILLA, sur 19 cas, en trouve, en 1900, 18 dans le sexe féminin.

Apparition dès le jeune âge, au moment de la puberté principalement ; toutefois il ne peut se développer que beaucoup plus tard. Peu fréquent, il n'y en a que 24 observations dans la littérature, il varie comme grosseur d'une cerise à celui du poing. En général il semble émerger du V lingual ; il peut cependant être pédiculisé et son poids l'entraîne alors vers l'épiglotte. Il est *encapsulé*, l'observation de GANDIER et CHEVALLIER relate la chose : il y a un plan de clivage permettant de l'enlever en masse et facilement, sauf à la partie inférieure où il adhère souvent à l'os hyoïde, on doit alors se servir du ciseau. Sa consistance est molle et rénitente, parfois fluctuante ; en général la coupe montre macroscopiquement soit du tissu thyroïdien normal, soit de l'adénome fœtal, soit des kystes.

La dégénérescence kystique d'un goître aberrant supérieur peut donner naissance à des tumeurs buccales, filant entre les génio-hyoïdiens et les mylo-hyoïdiens et venant proéminer sous la pointe de la langue, *formant une variété de grenouillette*.

Dans ce cas, au lieu de rencontrer des parois avec un épithélium cylindrique vibratil, ou bien un épithélium semblable à celui du canal de Warthon, comme dans le cas de grenouillette vraie par obstruction des canaux excrétoires de la glande sublinguale, on trouve du liquide plus ou moins filant, puis, dans la paroi, des vésicules colloïdes plus ou moins nombreuses et attestant de l'origine thyroïdienne de la grenouillette.

REYNIER, dans l'observation III, donne une observation typique de la chose avec examen histologique et dans

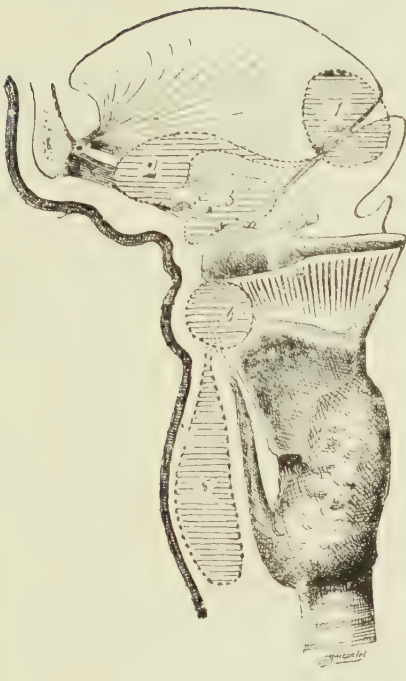


Fig. 1. — Schema des goitres et des kystes provenant du tractus thyro-glosse (d'après Chemin). — 1, goitre de la base de la langue, développé dans le fond du *foramen cecum*; 2, kyste thyroïdien du plancher de la bouche (grenouillette), formé par une évagination du tractus; 3, kyste sus-hyoidien; 4, kyste thyrohyoidien; 5, kyste sous-hyoidien, pré-laryngo-trachéal, formé par une évagination du tractus dans sa portion sous-hyoidienne. (In *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Léon BÉRARD, 1908.)



Fig. 2. — Gros kyste suppuré du plancher de la bouche proéminent dans la région sous-maxillaire. Contenu colloïde purulent. Paroi avec formations vésiculaires colloïdes. (In *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Léon BÉRARD, 1908.)

BÉRARD on trouve la figure 3 prouvant l'existence de ces grenouillettes.

Des *cellules thyroïdiennes aberrantes siégeant dans la partie inférieure du tractus thyroïdial* peuvent également donner naissance à des goîtres qui pourront subir une dégénérescence kystique, formant aussi une classe à part dans les kystes de la région hyoïdienne. Embrassés dans la catégorie des goîtres périhyoïdiens, il seront, suivant leur position vis-à-vis de l'os hyoïde, divisés en sus et sous-hyoïdiens.

Sus-hyoïdiens

Les sus-hyoïdiens peuvent occuper une situation pré, supra, épi ou rétro-hyoïdienne suivant qu'ils sont sous la peau en avant du mylo-hyoïdien ou entre les génio-hyoïdiens, entre les génio-glosses, ou enfin dans la concavité même de l'hyoïde.

Sous-hyoïdiens

Les sous-hyoïdiens sont le plus souvent dans l'espace thyrohyoïdien au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle.

Entre les muscles sterno-thyrohyoïdiens et la membrane thyrohyoïdienne, *ils semblent sous-cutanés*.

Goître intralaryngé ou intratrachéal

Le goître intralaryngé ou intratrachéal est devenu moins rare depuis que les méthodes d'exploration directe se sont perfectionnées.

BRUNS, en 1904, portait le nombre des cas publiés à onze.

En 1906, NEUMAYER, FRAUKENBERGER, GRÜNENWALD, EUDERLEN, KAUFMANN rapportèrent cinq cas nouveaux.

Dûs à la prolifération de cellules thyroïdiennes incluses dans *le larynx ou la trachée*, ils apparaissent également au moment de la puberté et principalement *chez la femme*.

En général, ils sont *placés sur la paroi postérieure ou sur les côtes*. Ordinairement implantés sur *une base large*, ils sont le plus souvent constitués histologiquement par l'adénome colloïde.

Goîtres aberrants rétro-viscéraux

Les goîtres aberrants rétro-viscéraux sont de beaucoup moins fréquents que ceux qui se développent aux dépens d'un lobe du corps thyroïde ptosé et qui *s'insinuent peu à peu derrière les viscères*.

Les goîtres rétro-viscéraux aberrants n'ont été étudiés qu'accessoirement avec les précédents dans les mémoires de RÜHLNANN, KAUFMANN, WÖLFER, etc.

On ne doit les considérer comme accessoires que lorsqu'aucun pédicule vasculaire *contenant en son intérieur des vésicules colloïdes ne les relie à la glande principale*.

Ils sont développés aux dépens des glandes accessoires postérieures de GRUBER, qui sont échelonnées depuis la base du crâne jusqu'à la crosse aortique, et en arrière du conduit alimentaire. Ceux qui occupent la situation la plus basse rentrent dans la classe des goîtres endo-thoraciques.

En 1890, WÖLFER n'admettait que deux cas de goîtres réellement indépendants de la glande principale et rétro-viscéraux. Ce sont ceux de Czerny en 1878 et de Weinlechner en 1883.

BÉRARD, dans ses recherches sur la question, n'admet, en 1908, que le cas indiscutable de Zenker et Ziemssen.

HOLLANDER et KLAUS rapportent chacun un cas de goitre aberrant vrai que l'on peut considérer comme indiscutable.

Goîtres endothoraciques aberrants

Les goîtres endothoraciques aberrants sont des tumeurs qui ne sont reliées par aucun pédicule à la glande principale. Ils présentent tous les symptômes fonctionnels des goîtres endothoraciques reliés à la glande thyroïde, sauf que dans l'évolution on ne voit pas la tumeur s'enfoncer en quelque sorte dans la cage thoracique, comme c'est le plus souvent le cas dans le goitre ordinaire de variété endothoracique encore appelé goitre plongeant, ambulant, migrateur, médiastinal.

Parfois, et même souvent, le goitre endothoracique indépendant coïncide avec une lésion analogue de la glande principale. Dans un cas de BRAUN, le lobe gauche était normal ; le lobe droit, non augmenté de volume, était farci de petits adénomes fœtaux ; le goitre endothoracique, gros comme un œuf de dinde, était un adénome fœtal.

Comme nombre de goîtres linguaux, il semble être un organe de suppléance, comme dans le cas du malade de WERNER où la glande principale était réduite à deux lobes atrophies.

Leur volume varie de celui d'une châtaigne à celui du poing : on rencontre plutôt l'adénome que le kyste et sa situation est, en général, immédiatement en arrière du sternum. Quelquefois, un gros tronc veineux brachio-céphalique le sépare ; il est entouré des vaisseaux venant de la crosse aortique parfois coiffé de la sous-clavière.

La tumeur comprime contre la colonne vertébrale les organes mous interposés, trachée et œsophage, ou bien les déjette sur un côté ou sur l'autre.

Les nerfs sont écartés ou englobés dans la capsule et leur irritation donne naissance à des symptômes spéciaux. Le poumon et le cœur peuvent être comprimés quand la tumeur a un certain volume. Quand ce dernier est comprimé, il transmet directement ses battements à la tumeur, ce qui est encore une cause de plus pour

la difficulté du diagnostic. La cage thoracique, dans sa partie antérieure, peut même subir des déformations, le *sternum proémîne* et les côtés s'effacent latéralement comme toutes les fois que l'air est gêné pour pénétrer dans les poumons (Würhmann). Ces déformations existent ordinairement quand la lésion a débuté dans le jeune âge.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Les symptômes que présentent les goitres aberrants sont des plus variés. Ils dépendent de la localisation du goitre et de la réaction de celui-ci sur les organes avoisinants. Nous n'étudierons pas dans ce chapitre les symptômes que présentent ces goitres dans leurs diverses variétés histologiques ; nous examinerons les sensations perçues par le malade, les signes que peut relever le clinicien par l'examen de la tumeur goitreuse d'après ses principales localisations, c'est-à-dire dans les cas de :

- 1° Goitres de la base de la langue ;
- 2° Goitres à dégénérescence kystique venant des tractus thyroïdiques ;
- 3° Goitres latéraux ;
- 4° — rétropharyngés ou rétroviscéraux ;
- 5° — intralaryngés et intratrachéaux ;
- 6° — endothoraciques aberrants vrais.

Nous ferons remarquer une fois pour toutes que, à moins d'infection, *le goitre est absolument apyrétique.*

Goitre lingual

Le goitre lingual est, en général, facilement toléré pendant un temps relativement long : BÉRARD cite un cas où la tolérance a *atteint six années.*

Chez l'adulte, les signes fonctionnels notés ordinairement sont les suivants :

Il y a une *gêne* plus ou moins notable pour la *mastication* et la *déglutition*, due à la maladresse de la langue. Ces malades avalent fréquemment de travers. Ils présentent, d'une façon inconstante toutefois, de la *gêne* respiratoire, surtout pendant le sommeil ; certains ont même de véritables crises d'asphyxie, surtout quand la tumeur *pédiculée* tombe sur l'épiglotte. La voix devient étouffée, moins éclatante et on note une *gêne* plus ou moins grande de l'élocution.

Ces troubles, les premiers en date, s'accompagnent de *salivation exagérée*, et c'est à l'occasion d'un examen laryngoscopique que l'on découvre la tumeur.

Parfois, il y a du sang de rejeté, mêlé à la salive, mais ces hémorragies buccales ne sont pas précédées de quintes de toux ni d'efforts de vomissement. Elles surviennent sans causes apparentes, à l'occasion de la déglutition d'un corps dur et rugueux, comme une croûte de pain, et sans être accompagnées, le plus souvent, de douleurs.

L'*examen direct* de la bouche ne montre parfois qu'un peu de gonflement, de surélévation de la muqueuse au niveau du V lingual. En tirant sur la pointe de la langue, la tumeur augmente de volume : *des veines la recouvrent et deviennent plus turgescents* sous l'effort de vomissement provoqué par le chatouillement du pharynx.

Le *miroir laryngoscopique* montre plus nettement encore un laeis veineux plus ou moins volumineux, et parfois, si le goître est pédiculé, on voit son point d'implantation.

Le *toucher digital* n'est d'ordinaire aucunement douloureux ; avec un doigt introduit dans la bouche, on sent une résistance plus ou moins grande ou bien une mollesse spéciale plus ou moins pâteuse et variant avec la consistance propre de la langue.

Pour mieux se rendre compte du volume, de la forme, de la consistance de la tumeur, il faut pratiquer les touchers buccaux et sus-hyoïdiens combinés.

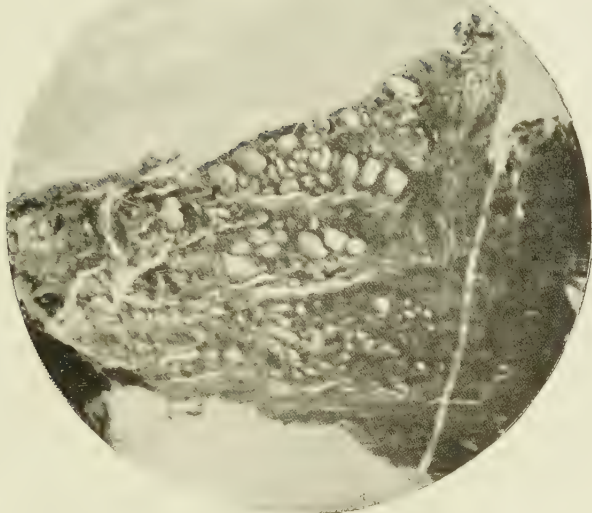


Fig. 3. — Paroi d'une grenouillette avec formations vésiculeuses (v, v), à contenu colloïde d'origine thyroïdienne. Gross. 100 diam. Pièce du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon). — In *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Léon BÉRARD, 1908.



Fig. 4. — Paroi d'un kyste sus-hyoïdien avec vésicules colloïdes d'origine thyroïdienne. (Pièce personnelle.) — v, v, vésicules d'origine thyroïdienne; c, c, couches externes, conjonctives de la paroi, avec infiltration abondante de leucocytes (l, l). — In *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Léon BÉRARD, 1908.

La tumeur peut proéminer dans la région sus-hyoïdienne, atteindre des dimensions énormes, tel le cas de Lücke-Merten, où elle avait la grosseur d'un poing. Parfois, elle est bilobée comme dans le cas de BERNAYS, où l'on voyait un noyau du volume d'une cerise proéminer sur le dos de la langue tandis que dans la région sus-hyoïdienne on sentait une masse du volume d'un œuf et saillante sous le menton.‡

Le corps thyroïde est soit hypertrophié légèrement, soit plus ou moins *atrophie*. Il semblerait alors que le goitre lingual serait une hypertrophie compensatrice, souvent insuffisante pour préserver le sujet d'un myxœdème fruste, même avant toute opération.

Grenouillettes d'origine thyroïdienne

Dans les cas de grenouillettes d'origine thyroïdienne nous trouvons des symptômes semblables à ceux des kystes du tractus thyroïdial. Là, suivant la direction que prennent le ou les prolongements du goitre kystique uni ou multiloculaire, nous avons ou bien une tumeur qui se dirige vers la pointe de la langue, et qui vient former au-dessous de celle-ci une surélévation de la muqueuse, molle ou translucide, ou bien si le kyste progresse à travers le mylo-hyoïdien nous apercevons une *tumeur sous-mentale*, médiane ou déjetée sur un côté, mais les unes comme les autres ont comme point commun de s'être développées progressivement.

Au début, alors que le goitre kystique est encore peu volumineux, *les symptômes fonctionnels sont nuls*.

Plus tard, le malade éprouve une sensation de gêne dans les *mouvements de déglutition* : la parole elle-même est plus difficile : c'est principalement dans les cas où la tumeur vient se placer près du frein de la langue, entre le plancher et la pointe, que la difficulté d'élocution est la plus grande. La pointe de la langue est refoulée

vers le haut, elle est moins libre, moins mobile, et il s'ensuit que la parole est plus lente, comme pâteuse.

Le malade a une sensation de corps étranger « placé sous la langue », et c'est alors que si l'on examine la bouche du malade en lui faisant relever la pointe de la langue, on aperçoit plus ou moins près de l'arcade dentaire une tumeur arrondie, *d'aspect lisse*, ne présentant aucune réaction inflammatoire ; la muqueuse a conservé sa coloration *ordinaire* : parfois, si le kyste est un peu tendu, les vaisseaux sont moins gorgés de sang : la tumeur est *plus ou moins translucide*. Sa consistance est variable, parfois mollassse, la plupart du temps rénitente : *tout cela dépend de la tension intérieure de la poche du kyste*.

Dans les cas de migrations à travers le mylo-hyoïdien, le malade, en dehors d'une gêne du côté de la langue est surtout agacé par cette tumeur placée entre la symphyse du menton et l'os hyoïde qu'il considère comme disgracieuse. C'est le cas relaté dans l'observation III.

« Il existait, au côté gauche du cou de la région sous-maxillaire une tumeur de la grosseur d'une orange « faisant saillie sous le plancher de la bouche, repoussant « la langue, etc. »

La tumeur occupe, au début, le plan médian ou bien elle est plus ou moins rapprochée du maxillaire, *son volume varie de celui du pouce à celui d'un poing d'adulte ; sa forme, ordinairement arrondie peut être un peu irrégulière* (BÉRARD).

Aucune réaction inflammatoire, la peau a sa coloration normale, *n'est pas adhérente sur la tumeur*.

Observation III : « La peau était mobile dessus et de coloration normale. »

La palpation nous permet de nous rendre compte qu'il n'y a pas d'élévation locale de la température, la *consistance* est plus ou moins fluctuante : le doigt déprime-t-il un point de la tumeur, aussitôt que son action cesse, la dépression disparaît : la tumeur revient sur elle-même. *Elle n'est pas douloureuse.*

Goîtres sus et sous-hyoïdiens

Les goîtres sus et sous-hyoïdien ne présentent guère que des signes d'ordre purement physique. La gêne fonctionnelle n'existe pas. Ce qui pousse les malades à se faire opérer, c'est un sentiment de coquetterie, simplement pour être « *comme tout le monde* » ; ou bien quand, le goitre ayant subi la dégénérescence kystique, chose fréquente, celui-ci se met à suppurer, soit de lui-même, soit à la suite d'une ponction exploratrice ; ou quand il se fistulise, souillant continuellement les cols des vêtements.

Rarement plus gros qu'une noix, ils sont médians, ce qui atteste de leur origine — aux dépens de cellules aberrantes du canal thyro-lingual — ils n'adhèrent point à la peau, mais un pédicule plus ou moins lâche empêche de les déplacer beaucoup ; ils ont une consistance variable avec leur type histologique, mais souvent subissent la dégénérescence kystique.

La tumeur est complètement indolore.

Goîtres sous-hyoïdiens

Les goîtres sous-hyoïdiens ont des symptômes analogues, *ils sont solidaires du larynx* dont ils suivent tous les mouvements. Souvent ils sont plus indépendants et on peut pincer entre *les doigts* un pédicule plus ou moins volumineux qui les relie à l'os hyoïde ou semble se perdre en arrière de lui.

Parfois on note, à l'examen avec éclairage semblable à celui dont on se sert pour le diagnostic de l'hydrocèle, une *transparence* plus ou moins nette, suivant que la dégénérescence kystique simple a eu lieu ou bien que le liquide contient du sang.

L'irritation produite par les vêtements amène de

l'inflammation, de la suppuration, et le goitre kystique peut se fistuliser.

Goitres latéraux

Les goitres latéraux s'échelonnent entre l'angle de la mâchoire et la partie supérieure de la clavicule.

Suivant la hauteur à laquelle ils se trouvent, leurs symptômes varient.

Situés tout près du maxillaire inférieur, ils apparaissent comme une tumeur superficielle. Leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'un petit œuf, la peau qui les recouvre est normale, les veines ne sont en général point dilatées.

La consistance est variable : tantôt *dure* comme un ganglion inflammé, le goitre peut être mou, fluctuant, tout comme un ganglion suppuré. La tumeur est *lisse, régulière*, indolore à la palpation. Elle n'adhère pas aux plans profonds et ne suit pas les mouvements du larynx dans l'acte de la déglutition.

Les signes fonctionnels n'existent pas : il n'y aurait que dans le cas d'un très gros volume que le porteur de la tumeur serait gêné soit pour tourner la tête, soit pour déglutir.

Placé plus bas, au niveau du corps thyroïde, *le goitre aberrant présente les mêmes symptômes que le goitre unilatéral ordinaire. Volume, indolence, consistance, peuvent être les mêmes.*

Les signes de compression sur la trachée, l'œsophage, les récurrents, en particulier sur le récurrent gauche qui est moins protégé, sont identiques.

Nous aurons donc ici comme là de la scoliose trachéale, de l'usure même de la trachée, surtout lorsque l'on aura affaire à un *goitre kystique* ; en tout cas, il y aura gêne respiratoire ; on peut noter des troubles de la phonation, soit que le *simple déplacement du larynx*, dont les

cartilages subissent souvent des altérations analogues à celles que l'on rencontre dans la trachée, produise un *manque de coordination* dans l'ensemble des mouvements précis nécessaires à la phonation, soit que le récurrent comprimé entraîne la paralysie de la corde vocale correspondante. On notera également une très grande disposition à tousser (*toux récurrentielle*) et une voix spéciale, de timbre désagréable, due à ce que les deux cordes vocales n'ayant pas la même tension, chacune d'elle émet, pour une même syllabe, un ton différent : il s'ensuit que chaque syllabe est prononcée avec deux tons différents. C'est ce que l'on a appelé la *voix bitonale*.

L'*œsophage* peut être comprimé, ce qui produit de la dysphagie. Mais, en général, *ce n'est pas le cas*, la compression unilatérale gêne rarement beaucoup le passage des aliments.

Il faut, pour que la gêne devienne considérable, que la tumeur ait contracté avec le conduit alimentaire des adhérences étendues, ce qui peut être dans les cas où il y a eu des hémorragies.

L'*artère carotide primitive* est parfois comprimée sur les plans profonds, entraînant ainsi un peu d'ischémie cérébrale permanente par suite de la diminution de son calibre. Elle peut aussi être rejetée en dehors avec le reste du paquet vasculo-nerveux et *venir battre à fleur de peau*.

La *jugulaire interne* est plus souvent dilatée que comprimée, elle est comme la plupart des veines du cou. La plupart des goitreux présentent, en effet, au devant et sur les côtés du cou, de grosses veines sinuées et dilatées.

Le *grand sympathique* peut être lésé également, ou bien il peut être comprimé sur les plans vertébraux, ou bien, si c'est la *thyroïdienne inférieure* qui est l'*artère nourricière du goître aberrant*, il peut y avoir des tiraillements exercés sur le sympathique, l'*artère thyroïdienne inférieure étant la plupart du temps incluse dans le réseau du ganglion cervical moyen*.

L'irritation des rameaux cardiaques explique les *accélérations du rythme* cardiaque chez certains.

Placé plus inférieurement, les symptômes du goitre aberrant latéral sont les mêmes.

Ici la tumeur, au lieu de se montrer en avant du sterno-cleïdo-mastoïdien, apparaît en arrière, au-dessus de la clavicule qu'elle peut atteindre.

Les mêmes signes fonctionnels peuvent être retrouvés du côté de la trachée et de l'œsophage : le récurrent peut aussi être comprimé. On ne trouve ici qu'une différence : la tumeur est plus basse.

Cependant, il est de nombreux cas où la gêne fonctionnelle n'existe pas. Dans l'observation IV, il existait au niveau de l'os hyoïde une grosse tumeur de la taille d'une orange ; la peau était normale ; les troubles fonctionnels *étaient nuls* : aucun trouble circulatoire, aucune gêne de déglutition, aucun trouble de compression. La malade venait se faire opérer « par coquetterie ».

Goîtres rétroviscéraux aberrants vrais

Nous avons vu que ces goîtres ne doivent, pour être considérés comme aberrants vrais, ne présenter aucun pédicule les reliant à la glande principale. C'est ainsi que dans l'observation de REICH, de TUBINGEN, le goitre n'était pas un rétroviscéral aberrant vrai. Nés des glandes accessoires de GRUBER, qui vont de la base du crâne à la crosse de l'aorte, ils présentent des symptômes différents suivant la hauteur à laquelle ils se trouvent. Les plus inférieurs font partie des goîtres intra-thoraciques et seront étudiés avec.

Ils peuvent, suivant leur volume, *être totalement cachés en arrière de l'œsophage* ou bien déborder en côté et faire une saillie latérale, ce qui nous permet de faire une division dans les symptômes.

Ou bien le goitre *est apparent*, il y a augmentation du volume du cou, proéminence latérale.

Ou bien il *est invisible* extérieurement, ne produisant aucune déformation du cou.

Dans le premier cas, le goitre est partiellement rétro-viscéral ; l'observation X de KLAUS est typique au point de vue de l'inspection : il y a « une tumeur qui apparaît « dans la région mastoïdienne et qui se continue du « côté du pharynx ; le malade ayant la bouche ouverte, « on aperçoit sur la face postérieure et latérale une « voussure ; si l'on palpe, on remarque que les mouvements imprimés à l'extérieur sont transmis à la « tumeur interne nettement. » Cela dépend de la consistance de la tumeur et du degré de l'inflammation périphérique qui a pu avoir lieu.

Dans le second cas, l'inspection extérieure du cou ne donne aucun renseignement, et l'on ne peut apercevoir la tumeur qu'en examinant le pharynx. C'est le cas relaté dans l'observation VIII de HOLLÄNDER : « On voit « derrière la paroi du pharynx une tumeur mal limitée, « étendue de la base du crâne au niveau de l'épiglotte. » C'est aussi le cas de l'observation VI de Zenker et Ziemsen : « La tumeur inférieure mesurait 5 cent. $\times$ 3 cent. $1/2 \times$ « 1 cent. $1/2$, elle était *entièrement* entre colonne vertébrale et œsophage. »

La coloration de la muqueuse est variable : ordinairement elle *est assez rouge, congestionnée* ; des vaisseaux dilatés peuvent sillonner sa surface.

La *palpation* diffère également suivant le type histologique, parfois fluctuante comme dans le cas de KLAUS, elle peut être rénitente, assez dure ou réductible, comme dans le cas de HOLLÄNDER, où « une pression lente et continue réduisait partiellement la tumeur, ce qui la fit supposer riche en vaisseaux, d'autant plus que la muqueuse pharyngienne était fortement vasculaire. »

Placés plus inférieurement, l'examen interne est rendu plus difficile.

L'examen visuel ne donne des renseignements que grâce au miroir laryngoscopique. La glotte peut être

propulsée en avant et diminuer d'autant la partie supérieure du larynx, produisant des troubles respiratoires plus ou moins intenses.

C'est qu'en effet les *signes fonctionnels sont ici les plus importants* : les malades se plaignent tous de *dysphagie*, que le goitre soit à la partie supérieure ou à la partie moyenne.

Dans l'observation VIII d'HOLLANDER on trouve que « la malade se plaignait de trouble de la déglutition. » « elle avait un besoin constant de déglutir et ne pouvait « avaler de grosses bouchées. »

KLAUS signale (observation X) « une certaine difficulté « culté pour avaler les aliments solides. »

BÆCKEL (observation VII), rapporte que la malade « depuis un mois a de la gêne croissante dans la déglutition, au point qu'elle ne peut plus avaler que des liquides. »

La dysphagie semble être le premier symptôme perçu par les malades. Parfois la dyspnée n'est pas longtemps avant de se montrer, c'est qu'en effet la glotte peut être propulsée en avant et vient au contact de la langue ou presque, elle diminue l'entrée de l'air d'autant. Il peut y avoir de véritables crises d'asphyxie : de même la phonation est rendue difficile.

KLAUS, de Tuttingen, avait une malade « qui présentait une gêne notable de la respiration et de la phonation. » Celle de REICH avait « une voix nasonnée » et de la dyspnée. » On trouve aussi un autre signe qui peut être le premier en date : ce sont des *hémorragies consécutives* aux déchirures que font les aliments solides et durs, telles que les croûtes de pain, sur la muqueuse, vascularisée au plus haut point dans certains cas. Ces hémorragies d'abondance variable peuvent produire deux choses : ou bien le sang peut être rejeté à l'extérieur, ou bien dégluti comme dans le cas de varices œsophagiennes ; et un vomissement de sang plus ou moins noir peut se produire, et l'on est alors entraîné à penser à quelque chose de stomacal.

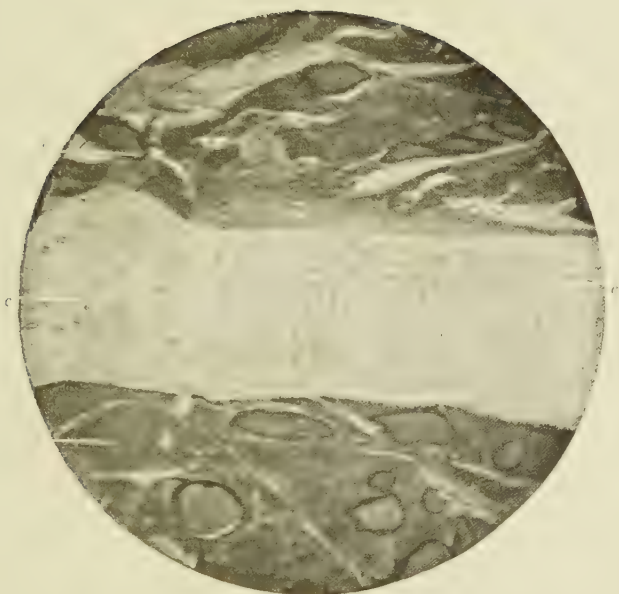


Fig. 5. — Goitre intralaryngé. (Pièce du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon). — c, c, cartilage laryngé; v, v, vésicules colloïdes infiltrées jusqu'au contact du cartilage. In *Nouveau Traité de Chirurgie*, par Leon BÉRARD, 1908.

Placé plus bas encore, à la limite inférieure du cou, si le goitre est médian, peu volumineux, les seuls symptômes que l'on possède sont *un peu de dyspnée et surtout de la dysphagie* : les aliments solides, les premiers passent mal. Plus tard, il peut y avoir *régurgitation alimentaire*, distension de l'œsophage au-dessus du rétrécissement de cause extrinsèque qu'entraîne la tumeur goitreuse. L'œsophagoscopie pourra, dans ce cas, montrer une tumeur siégeant du côté de la paroi postérieure de l'œsophage, une muqueuse plus ou moins vascularisée, une diminution plus ou moins grande de la lumière du conduit alimentaire.

Quand le goitre ne sera que partiellement rétroviscéral, quand il débordera sur le côté, la tumeur latérale qui siégera plus ou moins haut permettra de faire le palper bimanuel ce qui donnera des renseignements sur le volume, la consistance de la tumeur.

De plus, là encore, les vaisseaux du cou, les nerfs pneumogastriques, sympathiques et récurrents pourront être plus facilement comprimés et donner les symptômes que nous avons déjà étudiés dans un chapitre précédent.

Donc, les symptômes des goitres rétro-viscéraux aberrants vrais sont surtout des symptômes fonctionnels et ceux qui ont le plus de valeur sont la dysphagie et la dyspnée.

Quand ils sont haut situés, la vue et le toucher peuvent donner des renseignements sur le volume, la forme, la consistance de la tumeur.

Goitres intralaryngés et intratrachéaux

Les symptômes habituels sont constitués ici par une *dyspnée progressive avec des crises asphyxiques* qui sont provoquées par la position couchée, les efforts musculaires et vocaux. Et c'est pour ces causes que le malade vient consulter.

L'examen externe ne donne aucun renseignement, hormis le cas où il y aurait un goitre lobaire ou isthmique concomittant.

L'examen *laryngoscopique* fournit des renseignements sur le siège de la tumeur qui apparaît parfois nettement

L'observation XI : HOFFMANN dit : « On constata dans l'espace sous-glottique une tumeur hémisphérique recouverte par la muqueuse, paraissant s'insérer sur les deux premiers anneaux de la trachée ».

La *localisation* est la suivante : six fois sur paroi postérieure, six fois l'implantation se fait en arrière et sur les côtés en même temps, deux fois sur un seul côté, une fois sur paroi antérieure.

La lumière du conduit est plus ou moins obstruée. La trachéoscopie peut rendre de grands services.

Tantôt implantée par une base large, elle peut l'être par un pédicule plus ou moins long, laissant le corpuscule goitreux flotter plus ou moins dans la trachée.

Il existe souvent un *frémissement* que l'on peut percevoir en appliquant la main sur la trachée (THEISEN).

L'auscultation ne révèle qu'un *souffle trachéal* et de la diminution du murmure vésiculaire.

Les troubles de la phonation sont dus à l'emplacement de la tumeur et à la diminution de la lumière.

L'air sortant avec moins de vitesse, les cordes vocales vibrent moins, la voix est *comme plus sourde*, parfois *éteinte*. Ou bien, si la tumeur est dans le larynx, le jeu nécessaire à la phonation peut être empêché et il s'en suit des troubles vocaux plus ou moins graves.

Goitres endothoraciques aberrants vrais

Nous avons vu qu'il y avait une division dans les goitres endothoraciques. Les uns sont complètement inclus dans la cage thoracique, les autres ne le sont que partiellement. Nous rappelons encore ici que les auteurs placent

la limite supérieure au niveau du bord supérieur de la clavicule et font rentrer le goitre rétro-claviculaire dans les goitres endothoraciques. Donc, tout goitre dont une portion de la partie inférieure passera en arrière de la clavicule portera le nom de goitre endothoracique, même si sa plus grande partie est au-dessus de la clavicule.

Le *goitre rétro-claviculaire* n'est autre qu'une variété inférieure du goitre latéral et une variété supérieure du goitre intrathoracique. Lorsqu'il n'est que partiellement endothoracique, il apparaît comme une tumeur de dimensions variables, située en arrière de la clavicule en dehors de la partie toute inférieure du sterno-cleïdo mastoïdien, dans le triangle sus-claviculaire et d'ordinaire à sa base. Indépendant des mouvements du larynx en général, il comprime, pour peu que son volume augmente, les gros *vaisseaux du cou*, sans épargner le plexus brachial, les nerfs pneumogastrique, récurrent, phrénique, grand sympathique, qui pénètrent à ce niveau dans le thorax.

A retenir que c'est dans ce cas surtout que le tronc veineux brachio-céphalique peut être comprimé et qu'il s'en suivra *de l'œdème du bras correspondant* et une coloration plus ou moins *violacée de l'hémiface correspondante*.

La toux récurrentielle, la voix bitonale sont susceptibles d'être retrouvées. La dyspnée et la dysphagie se rencontrent également

Le *goitre endothoracique vrai* est complètement inclus dans la cage thoracique.

Aucune tumeur n'est visible. Seulement, quand le début remonte à un certain temps, quand le porteur du goitre est jeune, il y a des déformations du thorax d'une part, le sternum préomine d'autre part, les côtés du thorax sont aplatis.

Mais il est des cas où le goitre petit *est très bien supporté* ; il est alors latent et n'est souvent qu'une trouvaille *d'autopsie*.

Si, au contraire, il augmente de volume, la capacité

de la cage thoracique ne s'augmentant pas en proportion, il s'en suit que très rapidement, et *pour un petit volume* du goitre, il y a des symptômes de compression intenses.

Le malade, un adulte ordinairement, présente des accès de *suffocation progressifs*, avec *crises asphyxiques* déterminées par un faible effort, une quinte de toux ou même sans cause apparente pendant la nuit.

L'inclinaison en avant de la tête, la compression des vêtements sur la région sus-claviculaire semblent ramener les crises.

Souvent, le décubitus horizontal congestionne et oppresse.

Parfois, les malades passent leurs nuits dans un fauteuil, comme les *asthmatiques* et les *cardiaques*. Il y a, par suite, du refoulement et de la compression de la trachée, une toux aboyante et profonde, qui est la toux de compression ; on remarque que la forte dyspnée que présentent les malades est souvent calmée par l'extension de la tête, mais il faut que le goitre soit de volume moyen et que les organes intrathoraciques n'aient pas contracté avec la capsule du goitre des adhérences intimes.

Les *accès de palpitation*, la *tachycardie*, la tension du pouls, peuvent être sous la dépendance de la statique et certains malades ne présentent que des signes circulatoires.

C'est ainsi qu'un malade de GORIS avait, comme signe principal, de la *tachycardie constante* à 120-130 et des accès paroxystiques dans lesquels le pouls était incomptable. Chez un autre, le pouls carotidien et radial à gauche était à peine perceptible.

Quand on tirait sur la langue, lorsqu'on l'élevait, le pouls diminuait de fréquence. Après opération, chez l'un comme chez l'autre, la tachycardie disparut : le pouls redevint perceptible et égal dans les deux radiales.

Pour qu'il y ait de la dysphagie, il faut un goitre assez volumineux. « C'est la trachée qu'il écrase d'abord et qui protège longtemps l'œsophage ».

Ceci est très bien dans la majeure partie des cas peut-être, mais lorsque le goitre est *rétro-œsophagien*, le premier organe comprimé est l'œsophage et, dans ces cas là, la *dysphagie prime la dyspnée*.

En dehors de ces symptômes, nous retrouvons ici la compression nerveuse soit du vague, soit du sympathique, ou le plus souvent des deux réunis, produisant alors des troubles cardiaques, même des phénomènes angineux.

VETTE a publié un cas de goitre rétro-œsophagien avec ralentissement notable du pouls qu'il attribuait à la compression du pneumogastrique.

WÖLFLEER donnait la même origine au ralentissement du rythme respiratoire chez les porteurs de goitres endothoraciques.

La *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *pneumonie* se rencontrent dans les cas où le hile du poumon est comprimé.

Quand le sympathique est intéressé, on remarque de l'exophtalmie, de l'inégalité pupillaire. La pupille est dilatée, paresseuse aux réactions lumineuses, la joue est plus colorée, et cela du même côté. Mais ici ce sont des signes d'*excitation* du nerf. Quand la fibre *nerveuse est dégénérée* par une compression durant depuis un certain temps, elle est impropre à remplir son rôle, elle est en fait comme sectionnée, et alors nous trouvons des signes de *paralysie* et, au lieu de l'œil saillant, c'est une fente palpébrale plus petite, un œil comme enfoncé, au lieu d'une pupille dilatée, une pupille en myosis.

Parfois, il y a des dissociations curieuses dans les symptômes chez un même sujet, les uns semblant résulter d'une *irritation du sympathique*, les autres d'une paralysie. Ainsi, BÉRARD cite le cas d'un homme qui présentait à la fois du myosis et de l'enfoncement de l'œil droit (signe de paralysie) avec une salivation des plus gênantes et une sensation de chaleur dans le côté droit de la tête. (signe d'excitation).

La *compression du phrénique* avec hémispasme du

diaphragme associé à la *rétraction de la moitié* correspondante de la paroi abdominale, a été signalée par WÖLFLE : *elle est exceptionnelle* et ne se produit que lorsque le goitre écrase le phrénique contre le scapulaire.

Les récurrents, et en particulier le gauche, sont, *dans plus de la moitié des cas, comprimés* : il se produit alors des troubles laryngés qui varient du spasme à la laryngoplégie du côté correspondant.

Les signes physiques sont variables.

Dans la *période de début*, alors que le goitre est encore peu gênant, il n'y a aucune modification du côté du cou : les contours sont normaux, les vaisseaux non dilatés. Si on regarde bien, peut-être peut-on, dans certains cas, remarquer un peu d'exophtalmie unilatérale avec une pupille un peu paresseuse du même côté. Mais ces signes la plupart du temps, passent inaperçus.

L'*examen laryngoscopique* montre qu'une corde vocale a un jeu moins ample. L'inspection et la palpation montrent de la déviation de la trachée : elle est spéciale : plus on se rapproche du sternum, plus elle s'écarte de la ligne médiane. La matité rétro-sternale est *un peu élargie*.

L'auscultation révèle un souffle trachéal atténué, en même temps que le murmure vésiculaire s'est *diminué au sommet*.

Plus tard, quand le goitre arrive à comprimer les vaisseaux et les nerfs, l'exophtalmie et l'inégalité pupillaire sont nettes, la face est cyanosée, les veines de la face et du cou se dessinent plus nettement sous la peau : la carotide semble battre plus fort.

Les téguments au-dessus de la fourchette sternale semblent attirés vers la profondeur pendant l'inspiration, le cornage apparaît.

Les vaisseaux restent turgides au-dessus du sternum, puis des arborisations apparaissent sur le haut de la poitrine et sur les bras.

Quand les troncs *brachio-céphaliques veineux* et la

veine cave supérieure seront à leur tour comprimés, il y aura un œdème en *pélerine* plus ou moins net avec des sinuosités veineuses en tête de méduses : des épistaxis. Si les *veines pulmonaires* sont comprimées, l'œdème et la congestion du poumon apparaissent ou bien un épanchement pleurétique.

Si maintenant le doigt est engagé derrière la fourchette sternale, il arrive parfois sur une masse arrondie qui est animée de battements synchrones au pouls. Mais ici, différence énorme avec l'anévrysme, il n'y a pas expansion en masse de la tumeur ; en général, il n'y a pas non plus de souffle. Cependant, dans le cas de BRAÜN, une grosse veine s'étant placée entre le sternum et la tumeur, il y avait un souffle systolique.

La *percussion* dénote une matité sternale et sous-claviculaire se continuant souvent avec la matité cardiaque. En arrière, on peut trouver de la matité entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, avec abolition des vibrations.

A l'*auscultation*, dans le creux sus-claviculaire, du côté où les signes physiques sont les plus nets, on perçoit un souffle trachéal prolongé.

Mais tous ces symptômes, communs à bien des tumeurs du médiastin, ne pourraient permettre de poser un diagnostic.

La laryngoscopie et la radioscopie doivent toujours ici venir en aide au clinicien.

Grâce aux instruments dont on dispose actuellement, la trachée, jusqu'à sa bifurcation, est visible ; on peut se rendre compte de visu de ses déviations, diminutions de calibre, différences de coloration de la muqueuse.

GAREL considère que la toux de compression et une trachée *embossée* ou *coudée* sur ses anneaux inférieurs sont les deux principaux signes du goître endothoracique.

La *radioscopie* renseignera sur les dimensions, les limites de la tumeur, montrant ses rapports avec la trachée, les bronches, la crosse de l'aorte, mais elle ne renseignera pas sur la nature de cette tumeur.

En résumé, nous venons de voir que les symptômes des goitres endothoraciques sont simplement des symptômes de compression, qu'*aucun d'eux n'est pathognomonique*, que ce sont, en un mot, les mêmes symptômes que pour la plupart des tumeurs du médiastin.

CHAPITRE VI

Diagnostic

L'espace très grand dans lequel on peut rencontrer des goîtres aberrants, le grand nombre d'organes pouvant eux-mêmes présenter un grand nombre de tumeurs contenues dans cet espace, et le peu de signes propres que présentent les goîtres aberrants, montrent déjà combien le diagnostic de ces tumeurs goitreuses est difficileux.

Si nous examinons les symptômes que présente le *goître de la base de la langue*, nous voyons que c'est, avec ceux issus de tout le conduit thyroïdienne, l'un des plus facile à diagnostiquer. Gêne pour la parole et la déglutition. Aucune réaction fébrile; une tumeur rénitente et non douloureuse auprès du foramen œcum, une muqueuse congestionnée serviront de base au diagnostic, sans oublier le rejet de sang par la bouche, sans toux ni vomissement, et consécutif à la blessure de cette muqueuse congestionnée. On ne la confondra pas avec les tumeurs malignes qui ont une évolution très rapide, *s'accompagnent de ganglions*, d'ulcération de la muqueuse, mais, avec les tumeurs bénignes, il peut y avoir une forte hésitation.

Les *angiomes* artériels et veineux de la base de la langue ne sont pas rares; ils peuvent donner lieu à des hémorragies : ils se reconnaîtront à la coloration *violacée* de la muqueuse, aux veines dilatées qui *rayonnent* et à leur réductibilité, qu'ARMEILLA considère comme un

signe pathognomonique. Mais il ne faut pas oublier que certains goîtres sont très vasculaires et par conséquent très réductibles.

Le *fibrome*, qui est d'abord encapsulé dans l'épaisseur de la langue, peut se pédiculiser comme le *molluscum pendulum* cutané, et produire des accès de suffocation et de toux en tombant dans le larynx, mais il est difficile à diagnostiquer alors qu'il est dans l'épaisseur de la langue. Ici la muqueuse est normale, la consistance différente, *plus dure* ; il se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Le *sarcome* n'est que peu ou pas douloureux, il n'est soupçonné que lorsque les mouvements de la langue sont gênés. Il se présente sous deux formes :

Le *sarcome interstitiel* forme un noyau arrondi bien limité, la muqueuse à son niveau n'est pas adhérente, elle est parfois un peu vascularisée, sa consistance est ferme et élastique, rarement pseudo-fluctuante : elle n'est pas douloureuse à la palpation.

Or, la vascularisation de la muqueuse, la consistance élastique, la palpation non douloureuse se rencontrent également dans le goitre de la base de la langue.

Le *sarcome pédiculé* est *grisâtre*. On reconnaît à la palpation une partie intra-linguale sous forme d'un noyau dense. Il s'ulcère facilement, mais quand il tombe sur la glotte il prend l'aspect du *fibrome* ou de certains goîtres pédiculisés, provoquant comme eux des accès de suffocation et de toux. Cependant son aspect *en chou-fleur*, sa *teinte grisâtre* reconnue au miroir pourrait y faire penser.

Le *cancer de la langue* qui peut siéger à la base est encore à différencier du goitre lingual. Celui qui peut prêter à la confusion est surtout le cancer interstitiel de la base ; c'est une tumeur assez dure, arrondie, *sous-jacente* à la muqueuse qui n'est pas ulcérée au début, mais conserve son aspect normal tout en perdant toutefois de sa mobilité, il est cependant *unilatéral*,

ayant une tendance ⁴marquée à ne pas dépasser la ligne médiane, mais il y a des exceptions.

Ce qui permettra de faire le diagnostic, ce sera, d'une part, l'âge plus avancé du malade et *surtout l'envahissement précoce des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et de la chaîne jugulaire interne* entre le ventre postérieur du digastrique et l'omo-hyoïdien : ils sont de volume modéré et extrêmement durs. De plus il est *douloureux*, on trouve des douleurs nocturnes spontanées, en particulier du côté de l'oreille, en raison des connexions du glosso-pharyngien et du nerf de JACOBSON. Quand il est ulcéré, le néoplasme est encore plus douloureux, et des hémorragies peuvent se montrer, présentant les mêmes caractères que celles que l'on rencontre dans les cas de lésion de la muqueuse congestionnée qui recouvre le goitre.

Les *gommés syphilitiques* de la langue, rarement isolées, ne laissent pas indemnes les tissus voisins.

La langue est ravinée par des sillons circonscrivant des nodules plus ou moins mollasses. On retrouve dans les antécédents des signes de syphilis, chancre, plaques muqueuses, alopecie, ou bien d'autres signes sont concomitants, pigmentation, leucoplasie, exostoses, iritis.

Les *kystes dermoïdes* donnent lieu à d'aussi grandes difficultés de diagnose ; ils ont le *même siège* et à peu près les mêmes caractères que le goitre ; ils sont plus fluctuants, le goitre étant plus élastique, mais, si celui-ci a subi la dégénérescence kystique, il présente de la fluctuation vraie.

En faveur du goitre, la muqueuse congestionnée et présentant des veines nombreuses au niveau de la tumeur, serait un signe précieux.

La ponction exploratrice permettrait dans ces cas de préciser le diagnostic. Dans le cas de kyste, la pointe mobile dans la cavité permettrait de retirer un liquide visqueux, fluctuant et renfermant des cellules cylin-

driques à cils vibratils dans le cas de kystes formés aux dépens du canal thyroïdienne.

Dans le cas de goitre, l'aiguille aura ordinairement moins de mobilité, et l'on retirera quelques gouttes de *liquide colloïde* ou plus souvent du *sang*. Mais il faut savoir que la ponction exploratrice est presque toujours suivie d'une hémorragie plus ou moins profuse, qui peut être la cause de la pénétration de sang dans les organes respiratoires, que, en outre, *des germes septiques peuvent être introduits*, la langue n'étant jamais rendue aseptique, que la bouche forme une merveilleuse étuve dans laquelle les germes les plus variés vivent facilement. *Pour toutes ces raisons, la ponction exploratrice doit être rejetée.*

Le *kyste hydatique* de la langue est unique, siège constamment dans l'épaisseur de l'organe, n'est pas médian et forme une tumeur lisse arrondie, grosse comme une noisette ou une noix, ayant une consistance molle, élastique ou dure, suivant la *tension* intrakystique; il provoque également de la gêne dans les mouvements de la langue, tant pour la parole que pour la déglutition, ressemblant ainsi énormément au goitre et son diagnostic n'est presque jamais fait. Enfin il est encore plus rare que le goitre.

Nous avons vu, dans un chapitre spécial, que des goîtres kystiques pouvaient provenir de cellules aberrantes enclavées dans le canal thyroïdienne et se glisser entre le mylohyoïdien et la pointe de la langue. Nous savons qu'ils sont recouverts par la muqueuse du plancher de la bouche, qu'ils forment sous la pointe linguale des tumeurs translucides.

Voyons maintenant avec quoi ils peuvent être confondus.

Le diagnostic est surtout à faire avec la grenouillette sublinguale, qui elle-même soulève la muqueuse du plancher de la bouche et forme des tumeurs translucides.

Celle qui est d'origine lithiasique apparaît comme une

tumeur du volume d'une noix ou d'un petit œuf, elle s'accompagne de gêne de la parole surtout, de quelques picotements, de crises douloureuses coïncidant avec la progression du calcul dans le canal excréteur ou les contractions de ce canal sur le calcul. Elle se rencontre chez des sujets jeunes et plus souvent *chez l'homme*. L'orifice du canal de WARTHON est inflammé, rouge, saillant, béant et laisse sourdre une gouttelette de pus. La palpation du canal de WARTHON, entre un doigt buccal et un doigt placé à l'extérieur, permet souvent de sentir le calcul. Si le canal est cathétérisé on arrive à sentir parfois le corps étranger.

Le début est très brusque en général, et la tumeur grossit avec une rapidité énorme : couché bien portant, le malade est tout étonné au réveil de se sentir un corps étranger dans la bouche.

Si la grenouillette est un kyste venant des diverticules de la partie supérieure du canal de BOCHDALEK, les symptômes sont identiques à ceux du goitre kystique et le diagnostic est impossible avant l'examen de la paroi faite après extirpation de la poche.

Dans le cas de *grenouillette thyroïdienne*, de goitre kystique formé aux dépens de cellules aberrantes incluses dans le canal thyroïdienne, on trouve dans l'épaisseur de la paroi des vésicules à contenu colloïde.

Dans le cas de grenouillette formée aux dépens du canal de BOCHDALEK, il y a soit un revêtement d'épithélium cylindrique vibratil, sans vésicules de la paroi, et le contenu est visqueux, jaunâtre, sirupeux, on n'y trouve non plus aucun élément de la salive, ni sub-focyanure, ni fermente. Soit, ce qui est plus fréquent, un liquide clair, filant, parfois teinté de sang, *tenant en suspension quelques cellules épithéliales* : la glande sublinguale, d'après les recherches de SUZANNE, VON HIPPEL, SULTAN, MINTZ, serait le point de départ presque constant de ces grenouillettes dites *ordinaires*. C'est un kyste uniloculaire, refoulant en dedans le canal de

WARTHON et le nerf lingual, et dont le contenu est caractérisé par sa teneur élevée en *mucine et en albumine*, mais ne renfermant ni ferment, ni sulfoeyanure et différant par conséquent à ce point de vue de la salive.

L'examen microscopique de la paroi montre trois couches :

1° La couche externe renferme quelques fibres striées, signalées par RECKLINGHAUSEN pour la première fois. Cette couche est fibro-élastique ;

2° Une couche de tissu embryonnaire sillonnée de vaisseaux nombreux à parois friables, ce qui explique la fréquence des hémorragies intra-kystiques ;

3° Une couche interne épithéliale décrite différemment, suivant les auteurs.

ROBIN décrivait une seule assise de cellules cylindriques.

BAZY 10 à 15 couches de cellules superposées.

Ce qu'il faut affirmer, c'est que le type cellulaire est variable non seulement avec chaque kyste, mais selon l'endroit examiné de la paroi d'un même kyste. D'après SUZANNE, il est très fréquent de rencontrer certains points où l'épithélium manque complètement, la couche embryonnaire formant la couche interne du kyste ; IMBERT et JANBREAU ont même examiné des poches où toute trace de revêtement épithélial avait disparu en totalité (BÉRARD).

Enfin, dans les couches toutes superficielles, on trouve des *culs-de-sacs glandulaires* considérés comme des lobules de la glande sub-linguale. Certains auteurs, comme BAZY, considèrent ces lobules comme des « grenouillettes en miniature » qui sont l'amorce des récidives qui surviennent quand on n'enlève pas complètement la poche.

Parfois, la grenouillette d'origine sub-linguale pousse un prolongement à travers les fibres du mylo-hyoïdien. Une tumeur qui est plutôt latérale, proche du maxillaire, apparaît au-dessus de l'os hyoïde. Son volume est en général assez petit, la peau qui la recouvre a sa

coloration et sa mobilité normales ; sa consistance est en général molle et fluctuante, les limites en semblent nettes ; dans certains cas, où il y a en même temps une grenouillette sublinguale, on peut faire passer le liquide de l'une des poches dans l'autre.

Le canal de WARTHON reste perméable.

Le *goître sus-hyoïdien* kystique peut être reconnu à son siège plus médian, à son irréductibilité, mais quand il y a un kyste venant du canal thyroglosse, le diagnostic est vraiment impossible. Les signes fonctionnels, hormis la gêne, sont nuls : seuls les signes physiques comptent, il y a une tumeur plus ou moins mollassse, plus ou moins translucide ; vient-elle d'une dégénérescence kystique de cellules aberrantes contenues dans les parois du canal thyroglosse, est-ce un kyste mucoïde de ce canal ? l'une et l'autre sont des tumeurs qui peuvent présenter un pédicule fibreux plus ou moins long, qui les rattache à l'os hyoïde ou passe en arrière de lui. Suivant la longueur de ce pédicule, elles sont l'une et l'autre plus ou moins mobiles et suivent plus ou moins complètement les mouvements du larynx.

Le diagnostic n'est guère possible encore ici que quand on a enlevé la tumeur et que l'examen microscopique a été fait. On voit, quand le kyste est d'origine thyroïdienne, des *vésicules à contenu colloïde dans sa paroi*.

Pour le *kyste sébacé*, sa consistance pâteuse, et surtout le « comédon indicateur », permettront le diagnostic.

L'*adénite tuberculeuse* suppurée des petits ganglions périlaryngés peut faire douter le clinicien, mais ils sont rarement isolés ou bien on trouve des sommets douteux ou des traces de suppuration ganglionnaire ancienne.

Les hygromas des bourses de VERNEUIL et de BOYER peuvent réaliser également un type de kyste périhyoïdien. Ici encore, seul l'examen microscopique de la paroi permettra d'identifier la tumeur par son épithélium, sans cellules cylindriques, et par l'absence de vésicules colloïdes de la paroi.

Les *goîtres latéraux* qui, avons-nous vu, s'échelonnent de l'angle du maxillaire inférieur à la clavicule, sont susceptibles d'être pris pour différentes affections du cou.

En première ligne, on peut les confondre avec des *ganglions*, d'où leur nom de *goîtres ganglionnaires*. Nous ne nous occupons ici, bien entendu, que des cas d'adénites chroniques, les adénites aiguës présentant des signes tout différents : fièvre, rougeur, chaleur et douleur.

L'*adénite chronique simple*, non spécifique des auteurs, que l'on rencontre dans l'enfance, se présente sous la forme d'un ganglion augmenté de volume, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, de consistance normale ou un peu dure ; il est indolent, ne grossit pas, ne suppure pas, ne s'accompagne pas de périadénite. On peut le rencontrer chez des sujets d'aspect très vigoureux : il siège souvent à l'angle de la mâchoire. C'est là également un endroit où on peut rencontrer le goitre aberrant, qui présente également les mêmes symptômes. Le diagnostic ne sera fait qu'après extirpation.

Mais, à notre avis, cette adénite chronique simple doit rentrer dans la catégorie des *ganglions tuberculeux* dont le siège de prédilection est la chaîne ganglionnaire jugulaire interne ; on trouve une tumeur plus ou moins volumineuse, de consistance variable suivant la forme et la période à laquelle se trouve le ganglion. Tout au début, c'est une tumeur arrondie, lisse, sans périadénite, *peu douloureuse*. Plus tard, la caséification a lieu, un peu de périadénite est remarquée dans certains cas, puis la suppuration caractérisée par la fluctuation.

Cette tumeur qui siège entre le maxillaire et la clavicule, qui est latérale, qui soulève le sterno-cleïdo-mastoïdien, qui n'est pas douloureuse, ou peu douloureuse, au-dessus de laquelle, sauf vers le moment de la fistulisation, la peau semble normale, peut bien être confondue avec un goitre aberrant. *Et c'est ordinairement le diagnostic que l'on porte : on prend pour un ganglion bacillaire un goitre aberrant méconnu.* Mais, en palpant avec attention,

on s'apercevra que cette tumeur *qui semble unique* est accompagnée de petites tumeurs nombreuses, qui présenteront les signes de ganglions enflammés. On retrouvera parfois des ganglions axillaires ou inguinaux. Les antécédent héréditaires ou personnels seront chargés au point de vue bacillose.

On évitera également de prendre pour un goître aberrant des ganglions du cou syphilitiques. Ceux-ci sont des tumeurs de plus petit volume, en général durs, roulant sous le doigt : comme le goître, *ils sont indolores*, mais en examinant la bouche on trouvera souvent un chancre de la langue ou de l'amygdale. De plus, il n'y a jamais qu'un seul ganglion de pris, il y a une « pléiade ganglionnaire ».

Le *kyste hydatique du cou*, siégeant dans le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ou dans la région antéro-latérale, du cou, au voisinage de la carotide, présente peu de symptômes permettant de le différencier d'un goître kystique.

La tumeur arrondie ovoïde ou bilobée par le sterno-cleïdo-mastoïdien, est rarement plus grosse qu'un œuf et recouverte par une peau normale qui ne lui adhère pas. Elle n'adhère pas non plus aux plans profonds et n'est pas entraînée dans les mouvements du larynx.

Quand elle siége dans le muscle sterno-mastoïdien, la contraction de ce dernier *la fixe et la durcit*. Quant au frémissement hydatique, il n'a été observé que dans un cas par HANSEN.

Là non plus, pas de signes fonctionnels quand le kyste est petit ; mais, grossit-il, aussitôt apparaissent les mêmes signes que dans le goître aberrant. Ce sont les signes de compression des organes voisins que nous avons déjà étudiés : dyspnée, dysphagie, gêne fonctionnelle du membre supérieur et engourdissement, faiblesse ou suppression du pouls radial, œdème.

Le diagnostic exact n'a été fait que très rarement. *En général il n'est pas fait.*

Il en est de même pour les *fibromes profonds* du cou, situés au-dessus du sterno-mastoïdien. Ils présentent les mêmes signes de compression, sont indolores par eux-mêmes, seule leur consistance spéciale peut, dans certains cas, y faire penser.

Les *tumeurs de la glande intercarotidienne*, plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, peuvent prêter à confusion.

Leur volume est égal à celui d'un œuf de pigeon, la consistance est ordinairement molle et élastique, la coloration *brunâtre ou violacée* ; à la coupe, elles sont *spongieuses* et rappellent l'aspect du goître parenchymateux.

Leur siège est au niveau de l'os hyoïde, exactement à la bifurcation de la carotide primitive, recouvertes par le sterno-mastoïdien, elles le débordent en avant ; la peau ne leur adhère pas, molles et élastiques, elles présentent une certaine mobilité dans le sens transversal, mais *il est impossible de les déplacer verticalement*.

Presque toujours la tumeur présente des battements et un léger souffle systolique. Mais ces battements et le souffle naissent dans les carotides et la tumeur ne fait que les transmettre. Elle ne présente jamais d'expansion, ce qui la différencie de l'*anévrisme*. De plus, RECLUS et CHEVASSU considèrent comme pathognomonique le fait suivant : « Si vous déplacez la tumeur en dedans et que vous cessiez brusquement la pression, la tumeur reparait et revient en place en deux ou trois saccades correspondant au redressement de la carotide. » Il n'est pas possible de décider à quel groupe de néoplasme appartiennent les tumeurs de la glande intracarotidienne, dans lesquels on n'a retrouvé jusqu'ici que les éléments constitutifs de la glande.

Certains anévrismes de la carotide pourraient être pris pour des goîtres. Mais ici, bien que l'on retrouve une tumeur latérale et indolente, amenant des phénomènes de compression du côté du cou, la palpation et l'auscultation de la tumeur nous renseigneront suffisam-

ment. La tumeur présente des *battements*, une *expansion* et un *souffle systolique*. Cependant une partie de ces signes peut se rencontrer dans certains goîtres, qui transmettent les battements et les souffles systoliques de l'artère sur laquelle ils reposent, *mais jamais il n'y a expansion propre du goître*, et surtout il n'y a jamais ce signe si important de l'anévrisme qu'est le *retard du pouls périphérique*.

Dans le *cas d'anévrisme de la carotide*, le pouls pris à la temporale ou à la faciale est retardé, mais il est des cas où le diagnostic est rendu plus difficile. La tumeur devient dure, de molle et fluctuante qu'elle était, et, dans ce cas, battements et expansion disparaissent, ce qui peut permettre plus facilement une erreur. Ajoutons que le volume même provoque des symptômes fonctionnels tels que de la dyspnée, de la dysphagie, de la dilatation des veines jugulaires superficielles, de la cyanose de la face par compression de la veine jugulaire interne, de la toux, de la raucité de la voix, par compression du récurrent.

Le sympathique lui-même peut être comprimé, et on retrouve alors les signes spéciaux (inégalité pupillaire, œil saillant ou rentré, etc...) que nous avons déjà étudiés. Enfin, signalons des paralysies par compression du flexus brachial et des névralgies, en particulier du côté de l'oreille, par compression des nerfs superficiels, et l'on comprendra combien, à première vue, les deux affections peuvent se ressembler. Mais la présence des battements et de l'expansion, quand ils existent, le souffle et principalement le *retard du pouls périphérique*, permettront de ne pas méconnaître en général un anévrisme carotidien et éviteront au chirurgien des surprises désagréables.

Lorsque le *goître est rétropharyngien*, et dans la partie supérieure, il existe une tumeur qui repousse en avant la muqueuse sur laquelle se dessinent les vaisseaux dilatés : la consistance est élastique, la déglutition et la phonation gênées.

Très souvent, on prend ces symptômes pour ceux d'un abcès rétropharyngien. Mais, dans ce cas, il y a souvent de la température, alors que dans le goitre il n'y en a pas ; de plus la tumeur formée par l'abcès rétropharyngien est douloureuse spontanément ainsi qu'au toucher ; souvent, il y a, en avant, de l'angine, le début est plus brusque, l'intensité des symptômes va rapidement en augmentant.

L'abcès rétropharyngien est plus fréquent dans la première enfance, mais il se rencontre encore assez souvent chez l'adulte.

L'évolution rapide, la fièvre, les frissons, la douleur serviront au diagnostic d'abcès.

Dans certains cas de goitre, les premiers symptômes de dysphagie remontent à cinq ou six mois. KLAUS, dans son observation, dit que « les troubles semblaient remonter à un an ». Jamais un abcès rétropharyngien ne dure aussi longtemps. De plus, lorsque la tumeur fait saillie sous la peau de la région mastoïdienne, on remarque qu'elle est solidaire de celle du pharynx, les mouvements imprimés à l'une se transmettant à l'autre, on a la sensation de déplacer un bloc.

Lorsque le goitre siègera plus bas, vers le niveau du cricoïde par exemple, alors qu'il est plus volumineux, la dysphagie est le symptôme le plus important et très souvent on pensera à un rétrécissement œsophagien cicatriciel, à un néoplasme, à un corps étranger ; mais si on interroge le malade, on s'apercevra que celui-ci n'a pas avalé de liquide caustique, cause la plus fréquente peut-être des rétrécissements œsophagiens. D'autre part, en recherchant la cause de cette dysphagie avec l'œsophagoscopie, on éliminera les rétrécissements, les tumeurs intrinsèques, les corps étrangers.

Certains rétrécissements congénitaux peuvent être en cause. Ils siègent tantôt à la partie supérieure, tantôt près du cardia. En général, ils sont peu serrés au début et ne déterminent que tardivement des troubles sérieux ;

ils ressemblent donc au goitre, quand le volume est devenu assez considérable, qui n'entraîne des troubles qu'au bout d'un certain temps. En examinant à l'œsophagoscope, on remarque que la cause de la dysphagie progressive et même de certains vomissements alimentaires, survenant peu après le repas ou au cours de celui-ci, est une *sorte de valvule* en forme de croissant, oblitérant plus ou moins complètement la lumière du conduit ; la *muqueuse est saine* ; il n'y a pas de trace de tissu cicatriciel ; on ne relate dans les antécédents aucune absorption d'un liquide caustique quelconque, mais on remarque que depuis longtemps et même tout enfant, *le malade avait de la gêne pour avaler des aliments solides* un peu volumineux.

La palpation profonde du cou ne révèle aucune tumeur solide.

Quand la dysphagie est consécutive à la déglutition d'un *corps étranger*, il y a une douleur ordinairement très vive au moment de la déglutition et il est impossible après au malade de déglutir même des liquides, et ce en raison surtout du spasme de l'œsophage qui se produit toujours. Le corps étranger s'arrête, soit au niveau du rétrécissement normal siégeant au niveau du cricoïde, soit au niveau de celui qui existe à la bifurcation de la trachée.

Ici, les commémoratifs, l'œsophagoscopie qui doit toujours être préférée à la sonde qui est aveugle, permettront le diagnostic.

Cependant, il ne faut pas oublier que certains symptômes peuvent exister et faire penser à une tumeur. C'est dans le cas où le corps peu volumineux produit peu à peu de la *périœsophagite scléreuse qui comprime ou étouffe*, comme le dit SÉBILEAU, les nerfs voisins ; on note alors de la dyspnée, du ralentissement du pouls par compression du pneumogastrique, de la raucité de la voix, du cornage lorsque c'est le récurrent qui est lésé ; ces symptômes que l'on rencontre égale-

ment dans les cas de tumeurs goitreuses peuvent prêter à confusion.

Le diagnostic n'est pas à faire *avec la tuberculose* de l'œsophage. Là, il y a une ou plusieurs ulcérations ; le malade est un bacillaire avéré et rarement (ZENKER n'a pu en retrouver que trois cas), la lésion s'accompagne de rétrécissement.

La *syphilis*, représentée par la gomme sous-muqueuse, apparaît aux extrémités du conduit alimentaire. Alors que la gomme est une tumeur dure, la douleur, la dysphagie, la paralysie récurrentielle, comme dans le cas de GOTTSTEIN, sont les mêmes que dans le goitre rétroviscéral, *mais ils ne durent pas* comme dans le goitre ; en effet, quand le gomme se ramollit, elle se vide dans l'œsophage, *la lumière est augmentée, la dysphagie disparaît*. Mais, plus tard, les symptômes qui avaient disparu reprennent lentement, la dysphagie recommence ; *un rétrécissement cicatriciel s'est formé*. Ce n'est d'ailleurs guère qu'à ce moment qu'ont voit le malade.

Le diagnostic n'est fait que très rarement, mais la marche de la lésion, l'abolition complète des symptômes pendant un certain temps, les commémoratifs aideront le clinicien dans ses recherches.

A ce niveau également se rencontre l'actinomyose de l'œsophage : les signes assez vagues sont *un faible degré de dysphagie*, mais dont les caractères principaux sont d'être continue, persistante et sans variation. Certains se plaignent de douleur rétrosternale ou vertébrale.

Le diagnostic ne se fait guère que lorsque les signes d'actinomyose pulmonaire apparaissent.

Le *cancer* de la partie supérieure de l'œsophage est, au début, d'un diagnostic très difficile. Seul, l'œsophagoscope, permet de reconnaître l'existence d'une tumeur.

On voit une muqueuse *sillonée de vaisseaux dilatés*, mais elle est pâle ; ils existe peu de dysphagie ; plus tard, alors que les symptômes fonctionnels apparaissent

plus nettement, il y a une diminution de la lumière du canal œsophagien. Celle-ci est ordinairement réduite à une fente transversale. La paroi devient rigide et l'on voit des saillies papillaires ayant l'aspect de langue de chat, auxquelles VON HACKER attache une grande valeur diagnostic

Ici, l'on rencontre de la douleur non seulement au moment de la déglutition, mais en dehors de tout mouvement de l'œsophage ; elle est vague, localisée derrière le sternum ou dans le dos, sans précision. Des signes de compression peuvent apparaître : dyspnée, troubles de la phonation, souffle trachéal, myosis, diminution de la fente palpébrale, signes rencontrés dans la tumeur goitreuse rétroœsophagienne. Mais l'état général devient rapidement mauvais, l'âge du malade est plus avancé et des ganglions carotidiens et sus-claviculaires que l'on ne rencontrent point dans le goitre feront porter le diagnostic. GOTTSTEIN préconise de prélever d'un coup de pince un morceau de la tumeur et de l'examiner au microscope. Dans ces conditions tout doute sera levé, mais la manœuvre peut entraîner une hémorragie parfois très grave et doit être rejetée.

Les *goîtres intralaryngés et intratrachéaux* peuvent être confondus avec toutes les *lésions laryngées* présentant une surélévation *non ulcérée* de la muqueuse, entraînant des phénomènes de dyspnée *progressive*, de troubles vocaux, et s'accompagnant de *crises asphyxiques* : mais en général, douze fois sur seize, ils sont accompagnés d'un goitre lobaire du côté correspondant ; il n'existe presque que chez la femme : treize fois sur seize.

La *syphilis tertiaire* est assez fréquente.

La gomme peut siéger au niveau de l'épiglotte, elle se présente au début sous la forme d'une tuméfaction plus ou moins nettement limitée.

A ce moment, les signes sont presque insignifiants ; pas de dyspnée, pas de douleur, et c'est par hasard que l'on découvre la lésion ; plus tard, en dehors de l'en-

rouement, on remarque de la dyspnée progressive, une respiration plus bruyante, qui constitue le *cornage*, puis du tirage sus-claviculaire et sternal.

Mais si l'on étudie les antécédents, la syphilis y est souvent relatée; cependant, dans le cas de *syphilis héréditaire*, il ne faut se baser que sur l'examen laryngoscopique, qui montre au début une tuméfaction rarement nettement arrondie, recouverte d'une muqueuse *rouge sombre et lisse* (celle du goitre est sillonnée de vaisseaux distendus); puis la gomme s'ulcère plus tard, laissant apparaître un cratère *taillé à pic*, à fond boursillonneux, et autour une muqueuse rouge vif et tuméfiée. Ce n'est guère qu'à ce moment que le malade est examiné.

Les *fibromes* se pédiculisent davantage.

Les *papillomes* sont multiples, mûriformes.

Les *enchondromes* naissent sur le cricoïde, le thyroïde; recouverts par une muqueuse *salne*, ils forment des tumeurs arrondies et lisses, de consistance *dure*. En général, ils ne produisent pas de gêne respiratoire; quand il est dépisté, on ne pose pas le diagnostic.

Les *lipomes* peuvent présenter des symptômes de crises asphyxiques, ils sont *blancs*, parfois d'aspect translucide comme un *goitre kystique*.

Le diagnostic est très difficile.

Le *cancer du larynx*, au début, ne présente que des signes fonctionnels insignifiants: quelques troubles vocaux, de la *raucité* de la voix, de la fatigue en parlant; si l'on pratique à ce moment un examen laryngoscopique, on distingue, dans certains cas, une tumeur recouverte par une muqueuse *grisâtre* se détachant mal des tissus voisins qui, ici, sont infiltrés, alors que dans le goitre ils ne le sont pas: la muqueuse est *rouge violacée*, ne présente pas de dilatation des vaisseaux, mais, au contraire, est absolument lisse.

Le siège est ordinairement sur la *face supérieure* d'une corde vocale, mais on peut en rencontrer dans le ventricule également; là, ils peuvent passer inaperçus au moment

de l'examen laryngoscopique, les cordes vocales supérieures les cachant.

Le malade, ordinairement, ne vient que lorsque les signes fonctionnels : douleur, dyspnée, respiration bruyante, aphonie, toux et expectoration sanieuse et fétide le gênent beaucoup. A ce moment, le néoplasme est ulcéré et l'examen laryngoscopique permet le diagnostic, qu'une biopsie vient confirmer.

Goîtres endothoraciques

Nous avons vu que les goîtres intratrachéaux situés dans la partie inférieure de la trachée rentraient dans la classe des goîtres endothoraciques.

Au point de vue du diagnostic, ce qu'il faut retenir, c'est que la différence de hauteur du goitre dans l'intérieur du conduit trachéal n'a aucune importance sur les symptômes essentiels : dyspnée, tirage, cornage, frémissements sont retrouvés, ainsi qu'à l'auscultation, le souffle trachéal.

Nous avons vu dans le chapitre précédent ce avec quoi le goitre intratrachéal peut être confondu et nous avons insisté sur la difficulté de son diagnostic. Ici nous n'y reviendrons pas.

Nous avons vu également qu'il existait des cas dans lesquels les goîtres intrathoraciques n'étaient qu'une trouvaille d'autopsie, ils avaient pendant la vie, passés complètement inaperçus.

D'autres, latents pendant des années, ne se révèlent qu'à l'occasion d'accidents pulmonaires ou cardiaques.

Par conséquent, il faut reconnaître qu'une partie des goîtres intrathoraciques aberrants vrais sont *indiagnostics*.

Mais, quand ils présentent, par suite de leur augmentation de volume, des signes de *compression* des divers organes contenus dans la cage thoracique et des nerfs, avec quoi peut-on les confondre ?

Eh bien ! il peut être d'abord confondu avec *toutes les tumeurs qui siègent dans le médiastin*, mais il peut être également confondu avec des lésions *purement pulmonaires ou cardiaques* : le malade attirant l'attention du clinicien surtout sur la gêne respiratoire et ses troubles circulatoires.

Assis dans leur fauteuil, *la nuit principalement*, les coudes servant de points d'appui, certains porteurs de goîtres endothoraciques ressemblent à des *asthmatiques* : ils présentent du tirage inspiratoire. Mais si on les examine bien on remarque que l'expiration est prolongée et que le malade fait un effort pour expirer, tout comme l'asthmatique. Mais *dans l'asthme*, bien qu'il y ait des crises, celles-ci n'ont pas les mêmes caractères : elles durent plus longtemps, l'auscultation révèle une expiration prolongée certainement, mais dans le goitre qui comprime la trachée, on entend un *souffle trachéal* qui ici n'existe pas ; de plus, il y a des *râles disséminés* dans toute la poitrine et la crise se termine par d'*abondants crachats* aérés, dits « *crachats perlés de Laënnec* ». Souvent aussi il y a de la polyurie.

Le *pseudo-asthme du goitreux*, la crise d'asphyxie ne se termine pas de la même façon, le malade ne crache pas après, jamais il n'y a les crachats de LAENNEC.

De plus, entre temps, la *dyspnée ne cesse pas*, elle est, au contraire, de plus en plus forte. Au fur et à mesure que le goitre augmente, un changement de position de la tête ou du corps peut provoquer une crise. Dans l'asthme, la chose n'existe pas.

Puis, en même temps, il y a de la *dysphagie* et des signes de compression des nerfs voisins.

Le *récurrent* pris donne la *toux récurrentielle*, la *voix bilonale* que l'on ne rencontre pas non plus dans l'asthme.

Quand le malade présente de la *tachycardie*, on peut le prendre pour un cardiaque. Tel le cas de GARIS, où le symptôme principal était une tachycardie constante de 120 à 130 et avec accès paroxystiques.

Les tumeurs du médiastin primitives sont à différencier.

L'hypertrophie ou la persistance du thymus, avec la dyspnée par compression, sont rarement observées à l'âge où l'on rencontre le goître thoracique qui s'observe lui plutôt chez l'adulte.

L'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire est également une affection plutôt du jeune âge : correspond souvent à de l'adénite cervicale.

Le fibrome médiastinal produit les mêmes symptômes et son diagnostic est impossible.

Les kystes dermoïdes qui siègent à la partie supérieure du médiastin, dans la région thymique, présentent, comme le goître, de la *matité rétro-sternale*. Leur volume augmentant, ils compriment la trachée, l'œsophage et les divers nerfs, récurrents, pneumogastrique, etc., que nous avons vus comprimés par toute tumeur médiastinale. On trouve de l'immobilisation du larynx, une *dyspnée progressive*, avec cornage et tirage, un souffle trachéal en auscultant en arrière, entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, de la diminution du murmure vésiculaire.

Dans le cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, il y a deux phases : une *phase intrathoracique*, la seule qui nous intéresse, et une *phase d'apparition au niveau du cou*. Dans la phase intrathoracique, l'anévrysme se manifeste par une douleur sourde rétrosternale et des signes de compression. Le *meilleur signe différentiel* est le retard simultané du pouls radial et du pouls carotidien. Si, en effet, on ne se base que sur les souffles, l'extension de la tumeur, dans le cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte, *ne sont pas des signes suffisants*. On peut, en effet, très bien prendre pour un anévrysme de la crosse de l'aorte un goître intrathoracique *animé de battements*, qui se soulève à chaque systole et qui peut présenter un souffle systolique lorsque une grosse veine est comprimée *entre la tumeur et le sternum*.

La radioscopie peut donner de bons renseignements,

la *trachéoscopie* également, mais il est de nombreux cas où une part d'aléa considérable reste encore liée aux contingences des interprétations et des conditions d'examen.

On *devra penser* au goitre intrathoracique lorsqu'il y aura, ajoutés aux signes d'une tumeur médiastinale, des signes de tumeur thyroïdienne cervicale (BÉRARD) : quand on ne rencontrera pas de ganglions hypertrophiés au cou, aux aines, ce qui pourrait faire penser à l'adénopathie trachéo-bronchique.

En résumé, nous venons de voir que le fait même de l'aberrance du goitre rend toujours le diagnostic des plus difficiles, pour ne pas dire impossible.

Les observations montrent que la plupart du temps le diagnostic n'était pas fait.

Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'*aucun* signe n'existe qui permette de *faire sûrement* le diagnostic de goitre aberrant et qu'ordinairement le diagnostic n'est fait que lorsque *la tumeur est examinée au microscope.*

CHAPITRE VII

Pronostic

Il est *impossible de donner un pronostic général* des goîtres aberrants.

Entre un petit goitre occupant le côté du cou et un gros goitre intrathoracique, il n'y a aucun point commun.

Si nous examinons les goîtres aberrants suivant leur localisation et leur volume, nous verrons que le pronostic immédiat diffère de beaucoup.

Un goitre de la langue ne comporte pas en général un pronostic grave par lui-même, mais la maladresse de la langue, qui *gène la déglutition*, peut être la cause de la pénétration d'aliments dans la trachée et donner naissance ainsi à *certaines broncho-pneumonies*.

Les *goîtres latéraux*, en général peu volumineux, ne sont pas d'un pronostic sérieux. Ils sont bien supportés.

Il n'en est pas de même des *goîtres rétroviscéraux* et surtout des *intralaryngés et intratrachéaux*. Là, les crises d'asphyxie, la dysphagie sont des causes graves, *susceptibles d'amener la mort*.

Le *goitre intrathoracique*, de par son volume seul, a un pronostic plus ou moins favorable.

Si le goitre est peu volumineux et ne comprime aucun organe sérieux, il y a un pronostic immédiat excellent.

Si, au contraire, la trachée est comprimée, si le malade asphyxie, si le cœur est accéléré ou ralenti, si des vaisseaux sont comprimés, le pronostic est loin d'être aussi bon ; il devient franchement mauvais.

BÉRARD dit que les causes de la mortalité sont :
« l'affaîssement de la trachée, l'obturation des conduits aériens par le gonflement œdémateux de la muqueuse, le spasme de la glotte, la pneumonie du vague, la syncope cardiaque, brusque ou préparée de longue main par des lésions de myocardite ».

Plus tard, comme pronostic à distance, il faut toujours penser à la *transformation néoplasique*, si fréquente quand le goitreux prend de l'âge.

Par conséquent, en résumé, nous dirons qu'un goître peu volumineux, bien supporté, n'entraînant aucune gêne fonctionnelle, n'est pas une tumeur à craindre momentanément.

Que le volume, la localisation et l'intensité des symptômes fonctionnels peuvent faire porter dans certains cas un pronostic très grave.

Mais que, même lorsque le goître est bien supporté, il faut penser à la *dégénérescence néoplasique* et ne jamais dire que tel goître, peu dangereux d'apparence, ne sera pas un jour la cause de la mort.

Traitement

Jusqu'au milieu du dernier siècle, il n'y eut d'employé que le *traitement médical*.

Tout anciennement, on employait contre les *strumes* et les gros cous de la poudre d'éponges calcinées.

En 1820, lorsque COINER, de Genève, eut démontré que l'iode était le principe médicamenteux le plus actif et le plus constant que l'on retirait de l'éponge calcinée, on administra alors par voie interne des *iodures de sodium et de potassium*, à la dose moyenne d'un gramme par jour chez l'adulte, ou encore de deux à six gouttes de teinture d'iode dans de l'eau pure ou de préférence amidonnée.

L*iodoforme*, le *Iugol*, l'*iodalose* ont été tour à tour

préconisés. Mais ces médicaments qui, dans certains cas, semblèrent donner de *petits résultats*, ne parviennent que très rarement à faire disparaître les goîtres et l'on chercha autre chose.

En 1895, BAUMANN-NOTKINE démontre la présence, dans la glande thyroïde normale, d'un composé organique iodé, l'*iodothyroïdine*, et aussitôt la médication thyroïdienne prend place dans la thérapeutique du goitre.

L'administration la plus commode consiste à prendre chaque jour un à deux grammes de glande thyroïde fraîche de mouton, ou bien des tablettes de substance thyroïdienne dosées à 0,10 centigrammes, ou encore et mieux, en raison de la constance du produit, l'*iodothyrine* à la dose de 0,10 à 0,40 centigrammes par jour.

Voilà en quoi consiste le *traitement médical actuel*. Mais, très fréquemment, ce traitement, *peu efficace* au point de vue de la régression des goîtres, peut devenir *dangereux*.

L'iode détermine parfois très rapidement, et principalement chez des gens aux reins malades, des *intoxications* graves. En dehors du larmolement, il y a une véritable *cachexie iodique*, étudiée par MAYOR, GAUTIER et dont les stigmates rappellent ceux du *basedowisme*.

Parfois, dès la première semaine, le malade sent sa tumeur diminuer, sa dyspnée s'atténuer.

Le traitement iodé réussit au maximum chez les jeunes sujets porteurs d'un goitre charnu ou de noyaux d'adénome fœtal. Il est également *assez efficace* chez les adolescents, dans les hypertrophies de la puberté, mais il ne faut pas oublier que, dans ces formes, *souvent le goitre regresse* de lui-même, et ne pas attribuer au traitement seul les heureux effets obtenus.

Dans les *goîtres kystiques*, il est facile de comprendre qu'on ne peut souhaiter et obtenir que la *régression de la partie glandulaire*.

Le traitement thyroïdien ne conviendrait qu'*aux goîtres charnus de date récente*. Mais là surtout où il doit

être institué, c'est dans les cas de goitreux hypothyroïdiens, avec *myxœdème* typique ou fruste. On a obtenu des effets merveilleux avec ce traitement chez les goitreux idiots. Leurs tissus se sont assouplis, l'intelligence éveillée, leur taille augmentée.

Mais, quoique très séduisante à première vue, cette médication est *dangereuse*. On doit commencer par des doses minimales d'iodothyline : cinq centigrammes chez l'enfant, dix et quinze chez l'adulte, et interrompre tous les quinze jours pendant une semaine l'administration du médicament.

Il faut examiner son malade chaque semaine, voir s'il n'a pas de *tachycardie*, de l'*amaigrissement rapide*, de la *glycosurie*, de l'albuminurie, des grosses décharges d'urée.

Ce traitement doit être rejeté pour les obèses à gros cœur atteints de *myocardite*, chez les diabétiques.

BRUNS, dans une statistique de 300 goîtres traités par la médication thyroïdienne, enregistre :

- 8 % de guérison ;
- 35 % d'amélioration notable ;
- 36 % d'amélioration légère ;
- 25 % d'effet nul.

Les trois quarts des malades améliorés ou guéris virent leurs goîtres réapparaître après cessation du traitement.

Depuis 1900 on a essayé les rayons X.

BECK, WIDERMANN, STEGMANN, BARJON et BÉRARD ont abouti à des résultats variables et discutés. Jamais il n'y eut de guérison complète et surtout durable.

Le traitement médical peut, dans certaines formes, produire des améliorations, mais ces dernières ne se maintiennent qu'avec la persistance du traitement.

Seul le traitement chirurgical doit être employé, telle est l'opinion de notre maître, M. POISSON.

Nous ne parlerons que pour mémoire de certaines méthodes anciennes et oubliées : tels le *drainage* au séton de ROLANDUS, la *cautérisation* à la pâte de CANQUOIN,

le broiement sous-cutané de GAILLET, l'écrasement à la chaîne de CHASSAIGNAC, l'acupuncture.

Nous parlerons, et *seulement pour les condamner*, des ponctions et injections interstitielles irritantes qui, lancées par LUTON, de Reims, furent en vogue pendant un demi-siècle. Ce sont des méthodes aveugles et dangereuses au possible.

Les infections, les hémorragies, les embolies étaient des accidents fréquents, sans compter que l'inflammation œdémateuse du goitre augmentait la compression des organes voisins, ce qui pouvait produire des phénomènes asphyxiques et entraîner la mort rapidement, ou bien, quand le malade avait la chance de survivre à ces manœuvres, il en résultait une soudure intime du goitre aux organes voisins.

Cette thérapeutique d'ordinaire insuffisante, l'opération sanglante à laquelle le malade était obligé de venir devenait, du fait de ces adhérences, *extrêmement laborieuses*.

Actuellement, depuis la communication de Roux, de Lausanne, au Congrès de Chirurgie de 1894, ces injections interstitielles sont condamnées et jamais le médecin ne devra en faire usage.

Seul, le traitement chirurgical, consistant dans l'enlèvement de la tumeur, doit exister. *Mais il est des cas où l'on ne doit pas opérer*. C'est le cas où le goitre est peu gênant et où l'on constate l'absence de la glande principale, en un mot lorsque l'on a affaire à un goitre hypertrophié par suppléance.

La méthode que l'on emploiera variera suivant l'emplacement de la tumeur ; tantôt l'opération sera des plus bénignes, tantôt des plus compliquées et des plus graves. Un petit goitre presque sous-cutané s'enlève comme un ganglion, tandis que le goitre médiastinal entraîne une opération très sérieuse et très difficile.

Deux grandes méthodes se présentent au chirurgien : L'extirpation extra-capsulaire et l'extirpation sous-capsulaire. Laquelle doit-on préférer ?

Le chirurgien se servira de l'une ou de l'autre, suivant le cas auquel il a affaire.

La première s'appliquera au cas où les goitres aberrants, petits, non adhérents, ne *permettront pas l'emploi* de la seconde méthode.

Mais, *d'une façon générale*, toutes les fois que l'extirpation *sous-capsulaire* sera possible, c'est cette méthode qu'il faudra employer.

Une fois la masse thyroïdienne mise à nue, vous incisez la capsule propre, puis, passant au travers une couche plus ou moins épaisse de tissu thyroïdien propre, vous arrivez sur la *capsule propre* du goitre kystique ou parenchymateux. Travaillant au doigt, on décolle autour de la nodosité, suivant un plan de clivage que l'on trouve tout près de la nodosité, la vue aide également, la partie que l'on doit énucléer apparaît lisse et de coloration brun grisâtre. Il faut aller vite, car il peut y avoir de petites hémorragies. Ordinairement, une ou deux pinces placées sur une sorte de *pedicule vasculaire* de la nodosité arrête le sang venant en trop grande quantité, mais un suintement en nappe est constant. C'est pourquoi il est recommandé de *capitonner très exactement*.

Cette méthode est préconisée par mon maître Poisson.

« Une fois cette capsule propre incisée, dit-il, le « décollement avec le doigt s'effectue avec aisance et « vous avez du même coup évité les grands dangers de « la thyroïdectomie qui sont : l'hémorragie, une trop « complète extirpation de tissu thyroïdien nécessaire, « la section ou la déchirure de nerfs importants de cette « région, l'ablation bien rare, mais possible, des glandes « parathyroïdienne, ablation qui serait suivie de tétanie.

« Un second principe de ces opérations, c'est le capitonnage très exact de la capsule propre par une suture au catgut. Si vous y manquez, vous aurez un hématome consécutif et même une hémorragie grave, alors que « vous croirez tout fini. Il ne faut laisser aucun espace mort. »

Par conséquent, dans l'ablation des goîtres aberrants, quelque soit l'endroit où ils seront placés, on doit ériger en principe que toutes les fois que l'énucléation *sous-capsulaire* sera possible, ce sera cette méthode qu'il faudra prendre.

Le *goître lingual* doit être enlevé selon ces principes. Il peut être abordé par la voie buccale ou bien par les voies naturelles.

Bon éclairage à la lampe frontale, écartement maximum des maxillaires, traction forte au dehors de la langue, ce qui propulse et fait saillir la tumeur. Incision de la coque plus ou moins épaisse qui sépare celle-ci de la tumeur, hémostase immédiate des grosses veines qui saignent toujours, énucléation au doigt, au ciseau mousse ou à la cuiller de la masse goitreuse, section de ses attaches à l'hyoïde quand elles résistent au décollement simple. Suture partielle de la coque au catgut ou au fil métallique, en laissant dans la cavité, pendant quarante-huit heures, une mèche tampon bien serrée afin d'éviter les hémorragies, ou bien, et de préférence quand la *chose est possible*, il faut suturer complètement la capsule et n'y laisser aucun espace mort. Antisepsie buccale, alimentation liquide, telles sont les grandes lignes de l'opération dans laquelle il importe surtout de bien voir et de faire une bonne hémostase.

Il est préférable de faire une incision médiane, permettant de suturer complètement la muqueuse linguale, dans le cas où le pôle inférieur est très proche de l'os hyoïde.

Si l'on ne peut aborder facilement la tumeur par la voie buccale, il faut prendre la voie sous-maxillaire médiane sus ou trans-hyoïdienne.

Après désinfection complète de la peau des mains et des champs opératoires, comme dans toute intervention chirurgicale, on mène une incision médiane de derrière la symphyse du maxillaire inférieure jusqu'à l'os hyoïde ou jusqu'au thyroïde. C'est cette dernière que

nous préconisons, elle n'est pas dangereuse et donne beaucoup plus de jour.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose cervicale superficielle incisés, l'os hyoïde est immédiatement découvert. On le libère vers son milieu des attaches du mylohyoïdien, puis il est sectionné à la pince de LISTON. Les deux moitiés s'écartent d'elles-mêmes. Deux tracteurs permettent de les écarter de quatre à cinq centimètres. Souvent, l'hémostase méthodique n'est pas nécessaire.

Les mylo-hyoïdiens écartés, on suit la ligne médiane se guidant sur la tumeur qu'on fait refouler par un aide qui introduit le doigt dans la bouche.

Le pôle inférieur le plus adhérent doit être le premier libéré, puis, au doigt ou au ciseau mousse, on énuclée la tumeur de bas en haut.

Si besoin est, un drain et une mèche sont laissés dans la cavité que l'on capitonne le plus possible : l'os hyoïde est suturé ou non. La soudure s'opère seule et sans déformation, sans gêne, d'après VALLAS.

Ces deux méthodes se complètent. Toutes les fois où la voie buccale pourra être employée seule, quand la tumeur ne sera pas trop volumineuse, ne s'approchera pas trop de l'hyoïde, ce sera celle que l'on devra employer. Après cette opération, pas de cicatrice sur le cou, ce qui, pour les femmes, a une réelle importance. Mais il faut dire que, hormis cet avantage très grand, elle présente de graves inconvénients. On opère dans un milieu naturellement septique qu'il est impossible de désinfecter, le chirurgien n'est pas très à l'aise pour opérer et, en plus, cette méthode ne peut s'employer que dans certaines conditions.

La voie sous-maxillaire médiane sera de préférence transhyoïdienne, pour avoir un jour suffisant, la peau sera facilement désinfectée, les ligatures plus faciles, le capitonnage de la capsule plus commode et mieux fait, ce qui, empêchant le plus possible les espaces morts,

diminuera les hémorragies ultérieures, d'autant que le capitonnage sera mieux fait.

D'un autre côté, l'opération est moins facilement acceptée chez la femme, en raison de la cicatrice sous-mentale.

Les goîtres du tractus thyroïdienne ayant subi la dégénérescence kystique, donnant ainsi naissance à certaines grenouillettes, seront traités chirurgicalement par l'ablation de la poche, l'*excision totale*. Les détails de la technique opératoire sont les mêmes que ceux énumérés à propos des goîtres linguaux.

Suivant que la tumeur proémine plus dans telle ou telle région, les voies d'accès resteront au choix du chirurgien, voie buccale, sous-maxillaire et de préférence transhyoïdienne.

La dissection sera tentée avant toute ouverture de la poche ; on évite ainsi de laisser un prolongement rétro-hyoïdien qui pourrait être l'*amorce d'une récurrence*.

Mais, malgré les soins les plus minutieux, la poche peut crever. On touchera les points suspects au thermocautère ou au chlorure de zinc.

Dans les *goîtres sous-hyoïdiens*, il faut penser à un prolongement rétro-hyoïdien. On doit toujours sectionner l'hyoïde, désinsérer les muscles thyro-hyoïdiens ou sterno-hyoïdiens de leur attache supérieure, curetter la face antérieure de la membrane thyro-hyoïdienne. Encore observe-t-on souvent des récurrences.

Quand les goîtres, kystiques ou non, sont plus bas situés, ils s'enlèvent ordinairement comme des poches sous-cutanées.

L'*incision cutanée* sera faite directement sur la tumeur, elle varie de siège avec la tumeur. Le *tracé horizontal*, que l'on peut cacher dans un pli du cou, sera préféré à tout autre. Parfois, pour se donner davantage de jour, on mènera des branchements verticaux et l'on terminera par une suture *intradermique*.

Le *goitre rétroviscéral* est abordé par la voie latérale.

On fait, après désinfection bien entendu, une incision suivant *le bord antérieur du muscle sterno cleïdo mastoïdien* placée plus ou moins haut, suivant la situation de la tumeur.

L'incision doit avoir environ huit centimètres. La peau coupée, on divise le peaucier ; l'aponévrose sur le bord antérieur du sterno-cleïdo mastoïdien, on libère et récline en dehors. Les veines sont *coupées entre deux pinces*.

Quand l'incision est basse, il faut reconnaître la trachée qui, solide, servira de guide pour atteindre l'œsophage que l'on devra bien reconnaître pour éviter de le léser.

Un deuxième plan musculo-aponévrotique la recouvre : l'omo-hyoïdien peut gêner, on le sectionne ainsi que l'aponévrose moyenne qui lui fait suite. Au fond de la plaie bat la carotide primitive. Sous la lèvre antéro-interne apparaît le lobe plus ou moins gros du corps thyroïde. Un grand écarteur maintient *en dedans* thyroïde, trachée et œsophage, puis on libère à la sonde afin de *rejeter en dehors le paquet* vasculo-nerveux que l'on charge avec l'écarteur qui maintient le sterno en dehors.

On dégage alors la tumeur lentement en veillant à ne point léser l'œsophage et le récurrent.

Dans certain cas, la tumeur adhère tellement aux vaisseaux et au nerf qu'on est obligé de réséquer. Hollander fut obligé de réséquer la veine jugulaire interne et le pneumogastrique. (Observation VIII).

Dans la partie supérieure rétropharyngienne on réclina les vaisseaux, soit d'un côté, soit de l'autre et on disséquera la tumeur en la serrant de près, ordinairement *elle se luxé facilement*, et, lorsque la ligature du pédicule vasculaire est faite, on peut considérer l'opération comme terminée.

Goîtres latéraux

Les goîtres latéraux sont traités par l'énucléation.

L'incision faite sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien aura une dimension proportionnelle au volume du goître.

Le muscle sterno-mastoïdien chargé par un excarteur on arrivera sur la tumeur, les veines ayant été sectionnées entre deux pinces et la ligature au catgut faite de suite, afin d'éviter l'encombrement par les pinces.

Ensuite, deux cas peuvent se présenter, ou bien la tumeur est petite, ou bien elle a un certain volume.

Si le goître est petit, on le dissocie à la sonde des organes voisins ; lorsque l'adhérence n'est pas trop forte, on jette une ligature sur le pédicule vasculaire et on l'*extraît comme un ganglion*.

Dans le second cas, son volume peut permettre une *énucléation sous-vasculaire*.

C'est ce que M. Poisson fit. Nous relevons dans sa clinique : « Je pris soin de bien arriver jusque sous sa capsule propre, de la faire repérer par des pinces et de pénétrer avec l'index sous la zone décollable. Vous avez assisté à son énucléation facile, sans *perte de sang* ».

« Tout est là, en vérité. Le corps thyroïde a une capsule propre assez adhérente ; celle-là il faut la traverser et avec elle assez souvent une couche plus ou moins épaisse de tissu thyroïdien avant d'arriver sur la capsule propre du goître kystique ou parenchymateux ».

Les goîtres *endolaryngés et intratrachéaux* seront traités chirurgicalement aussi.

Les interventions par la voie haute, c'est-à-dire par les voies naturelles, *sont à rejeter*, hormis le cas d'un goître *bien pédiculisé et haut situé* ; dans ce cas, on peut prendre le goître dans les mors d'une pince sous le contrôle de la trachéoscopie et faire l'ablation avec l'anse galvanique.

Dans les autres cas, il faut faire une laryngotrachéotomie. On ouvre le larynx et les trois ou quatre premiers

anneaux de la trachée, en restant bien sur la *ligne médiane*, puis après avoir écarté les lèvres de l'ouverture au conduit aérien on enlève, au bistouri, aux ciseaux, la tumeur et on touche au *thermo* ou plutôt au *galvanocautère*.

BRUNS, dans cinq cas, suivis de cinq guérisons, employa ce mode opératoire qu'il dénomme la *fissure laryngo-trachéale*.

Les goîtres endothoraciques sont divisés en endothoraciques partiels et endothoraciques complets.

Dans le premier cas, lorsque la tumeur apparaîtra par sa partie supérieure à la base du cou, on pratique une *incision parallèle à la clavicule* intéressant, s'il le faut les deux chefs de l'un ou des deux sterno-mastoïdiens.

Parfois, cette seule section suivie de celle des muscles sous-hyoïdiens, permettra au goître d'être remonté suffisamment pour décompresser la trachée : on est souvent très étonné de la *facilité* avec laquelle on peut faire sortir le goître de sa loge rétro-sternale et de l'énucléer de sa coque. En effet, ordinairement *bien encapsulée*, la tumeur n'a pas de connexions vasculaires inférieures, ses rameaux artériels viennent des thyroïdiennes inférieures — il faudra bien veiller aux grosses veines de la base du cou qui pourraient facilement être lésées.

Si la chose est possible, l'*énucléation sous-capsulaire* est le procédé de choix, puis bien saturer la capsule en ne laissant aucun espace mort.

Parfois l'énucléation extra ou sous-capsulaire semble impossible, mais on peut luxer la tumeur, la fixer de façon à faire disparaître les signes de compression.

Si le goître est adhérent ou trop volumineux, il ne faut pas hésiter à *réséquer la poignée sternale* comme le recommandent BILBROTH, ROUX, JABOULAY, plutôt que de ponctionner un kyste ou, si la tumeur est charnue, de tenter l'*excentération à la curette* ou le *morcellement*, qui produisent des hémorragies énormes et rapidement fatales, en raison de la réplétion des veines comprimées dans le voisinage.

Pour aborder le *médiastin antérieur*, celui où se rencontrent d'ordinaire les goîtres aberrants, on procède de la façon suivante :

Incision jusqu'au périoste au niveau de la poignée du sternum en + ou en U vertical ou $\supset$.

On dénude à la rugine toute la partie ostéo-cartilagineuse que l'on veut récliner, en se souvenant qu'il ne faut *pas descendre au-dessous du troisième cartilage costal*. On sectionne les muscles intercostaux, d'un côté on coupe les cartilages costaux et on détache la clavicule du sternum. On prend un davier et l'on récline la poignée sternale. La partie supérieure du médiastin est ainsi largement à découvert et l'opération principale peut être continuée.

Enfin, dans certains cas de goîtres très fortement adhérents et amenant de l'asphyxie, la *ressection de la poignée sternale* pourrait décompresser au moins momentanément et *permettre* une survie de plusieurs ans.

Les accidents opératoires

Sont les hémorragies au cours de l'intervention ou après (hémorragies tardives). Pour les éviter, il faut lier soigneusement les vaisseaux, et dans la sous-capsulaire bien capitonner.

L'entrée de l'air dans les veines, qu'on évitera en sectionnant les vaisseaux toujours entre deux pinces et en faisant la double ligature.

Les accidents respiratoires

Ils peuvent se produire au début, au cours, et à la fin de l'opération.

Au début, ils dépendent soit de la compression de la tumeur et par conséquent de la trachée par les muscles

contractés, soit de la compression des nerfs récurrents, ce qui entraîne le *spasme de la glotte*. La *trachéotomie* ne sera faite qu'à la dernière extrémité.

Au cours de l'opération, l'asphyxie est due au tiraillement de la trachée et des récurrents. A la fin de l'opération, quand la trachée ramollie perd l'attelle que lui formait le goitre. D'où l'indication de se borner plutôt aux *énucléations sous-capsulaires*.

Si l'affaissement de la trachée se produisait, il faudrait introduire après trachéotomie, une canule de douze centimètres qui calibrerait la trachée dans toute sa longueur.

La blessure des organes voisins

C'est l'*apanage de l'énucléation extra-capsulaire* : ordinairement les nerfs récurrents sont atteints, le grand sympathique, le pneumogastrique, l'hypoglosse peuvent être sectionnés, l'œsophage, le **pharynx ouverts**.

Enfin, signalons des complications éloignées, telles que la paralysie post-opératoire des récurrents, quand ceux-ci ont été pris dans une ligature, et le myxœdème post-opératoire, quand le goitre enlevé était un organe de suppléance.

OBSERVATIONS

Observation I

Un cas de corps thyroïde accessoire à la base de la langue
(WOLF, *archiv. für Klinische Chirurgie*, Bd. XXXIX,
page 224, 1899.)

Une jeune fille de 18 ans se plaignait depuis sa douzième année d'une certaine gêne dans le gosier survenue à la suite d'une attaque de coqueluche.

Wolf vit la malade pour la première fois en octobre 1888. Elle accusait un certain gonflement du cou ; la gêne de la déglutition avait augmenté. A l'inspection simple de la cavité buccale on ne distinguait rien. L'examen laryngoscopique permettait de distinguer, sur le côté gauche de la base de la langue, une tumeur dont la couleur tranchait sur celle du reste de l'organe.

Le toucher digital donnait la notion d'une masse indurée occupant la partie gauche de la base de la langue, s'étendant jusque sur la ligne médiane, pour se perdre vers le milieu de l'épiglotte, en descendant vers le pharynx. Wolf fit un traitement ioduré énergique, qui parut donner tout d'abord quelque résultat ; la tumeur semblait à la malade moins volumineuse, mais elle recommença tout à coup à croître. *La déglutition devint plus pénible encore.* Au commencement de février, intervention de Wolf : trachéotomie préventive, ligature des artères linguales, section du maxillaire, la muqueuse buccale incisée, l'arc palatoglosse sectionné, la tumeur put être facilement amenée au dehors et extirpée. La malade se leva très rapidement et présenta seulement une légère difficulté de la prononciation qui disparut ensuite.

La tumeur avait les dimensions d'une pièce de deux marks, elle pénétrait à l'intérieur des tissus de la langue.

Les recherches de Frankel montrèrent que sa structure était celle d'un tissu thyroïdien.

Observation II

(GAUDIER et CHEVALLIER)

Tumeur thyroïdienne de la base de la langue chez une femme de 20 ans. — Extirpation par la voie trans-hyoïdienne. — Guérison.

Jeune fille de 20 ans venue pour des troubles de la phonation. Rien dans ses antécédents personnels et héréditaires. Santé excellente. La *puberté tardive* apparut à 17 ans.

A ce moment, la malade s'aperçut que sa voix changeait de timbre, devenait sourde et légèrement nasonnée.

Un spécialiste consulté fit des cautérisations énergiques et répétées des cornets. Mais l'état resta stationnaire jusqu'au milieu de 1901, époque à laquelle apparurent des envies continuelles de déglutir à vide et des troubles de la respiration, surtout la nuit.

Nouvelle visite au spécialiste, nouvelles cautérisations. Pas d'examen de bouche ni du larynx, les troubles respiratoires étant attribués à la sténose nasale.

Le 13 mai, on constate que les narines sont libres et le cavum intact. A l'examen de la bouche, soit en déprimant la langue, soit en se servant du miroir laryngien, on voit à la base de la langue et refoulant l'épiglotte, une tumeur médiane présentant à sa surface et à son pourtour un riche lacis de vaisseaux variqueux, recouverte par la muqueuse linguale et ayant le volume d'une grosse châtaigne. Pas d'hypertrophie des papilles ni de l'amigdale linguale.

A la palpation, on constate que le néoplasme n'est pas mobile et présente une *consistance élastique* mais non fluctuante. On le perçoit également au dessous de la mâchoire par la palpation combinée buccale et sus-hyoïdienne. Pas d'adénopathie ni de dysphagie.

On fit le diagnostic de *goître lingual* et l'opération fut décidée, étant donnés les phénomènes de gêne respiratoire.

OPÉRATION LE 17 MAI. — *Voie transhyoïdienne* à cause de l'étroitesse de la bouche, de la difficulté d'attirer au dehors la langue courte et charnue et de la position par trop postérieure de la tumeur.

Anesthésie chloroformique dans la position de Rose. Incision médiane allant de la symphyse mentonnière jusqu'au dessous de l'os hyoïde ; section du tissu cellulaire et du peaucier, dénudation et section de l'os hyoïde, écartement des deux fragments osseux, du mylo-hyoïdien et des genio-glosses.

Un aide introduit le doigt dans la bouche et, déprimant la tumeur, la fait saillir dans le fond de la plaie linguale. La masse est saisie avec une pince de Museux, disséquée jusqu'au voisinage de la muqueuse linguale où elle adhère par un gros pédicule qu'on sectionne, tout en laissant adhérer un petit fragment. *Ce dernier est laissé dans le but d'éviter les accidents consécutifs possibles de myxoedème*, le corps thyroïde n'ayant pas été trouvé au cou avant et pendant l'opération.

Il y eut dans les quarante-huit premières heures un peu de gêne à la déglutition, puis tout rentra dans l'ordre.

La tumeur examinée par le professeur Curtis a le volume d'une grosse noix, pèse 12 grammes et est complètement *encapsulée*.

A la coupe, tissu mou avec régions alternantes blanches et rouges. L'examen microscopique montre un aspect un peu différent d'une thyroïde normale par les nombreuses cavités tubuleuses et le peu de substance colloïde.

Observation III

(REYNIER)

Des goîtres aberrants (Société de Chirurgie, Paris, 7 novembre 1906).

Femme ayant comme antécédents père et mère alcooliques. Elle vint me trouver en 1884 et a maintenant 22 ans.

Lorsque je la vis, je fus tout d'abord frappé de l'aspect

de cette femme : elle présentait en effet le type de la demi-crétine : Petite, la figure boursoufflée, myxœdémateuse, les mains également épaisses, la peau jaune, sèche, les cheveux ternes, rares et cassants, les dents mal rangées, avec propulsion en avant, la mâchoire s'avancant, donnant à la figure un aspect vraiment bestial.

L'intelligence est presque nulle : elle avait pu cependant apprendre à lire, parlait très mal, ne savait pas compter. Avait une apathie et une indifférence des choses de la vie très nettes.

Il existait au côté gauche du cou, dans la région sous-maxillaire, une tumeur de la grosseur d'une forte orange, *faisant saillie sous le plancher de la bouche, repoussant la langue*, recouverte par la muqueuse amincie, donnant ainsi tout à fait l'idée d'une *énorme grenouillette* sous-maxillaire et descendait jusqu'au niveau de l'os hyoïde. La peau était mobile dessus, nulle part adhérente, de coloration normale, ou mieux jaune paille comme le reste du corps.

Cette tumeur existait depuis un certain nombre d'années : on ne put toutefois me dire si elle existait depuis l'enfance. On ne s'en était préoccupé que dans les deux dernières années, parce qu'elle avait pris un gros développement d'une façon subite. Elle gênait pour parler, mais comme la malade n'avait jamais bien parlé, on ne s'était guère aperçu de la différence.

Je crus devoir faire *le diagnostic de la grenouillette*, étant donné le siège sous-muqueux de la tumeur, son aspect, sa position ; mais étant donné son volume, je crus devoir aller extirper cette tumeur par la région sous-maxillaire. Je la fis venir à Paris, et ce fut avenue du Roule que je l'opérai. Or la peau et le peaucier sectionnés, je fus étonné de me trouver en face d'une tumeur polykystique, entourée d'une coque fibreuse, que j'arrivai avec peine à énucléer complètement. Mais au moment de l'enlever, je m'aperçus que, par un prolongement, elle s'attachait à l'os hyoïde, et je fus obligé de lier à ce niveau deux gros vaisseaux dont l'un me parut se rendre au-dessous de l'os hyoïde, du côté de la carotide et me fit penser à une *thyroïdienne anormale*.

Les suites opératoires méritent d'être relatées.

Les deux jours qui suivirent, la malade fut très agitée

et eut cette carphologie toute spéciale, ce besoin de se découvrir, qu'a présenté la malade de ma première observation et que dans un travail fait en commun avec le Dr Paulesco, sur le corps thyroïde, nous avons noté comme une des suites fréquentes, sinon habituelles, de toute opération sur le corps thyroïde; agitation, je le répète, toute spéciale, qu'on ne rencontre que pour ces opérations et que je n'ai jamais vue pareille pour d'autres interventions.

Cette agitation n'était pas due à un défaut d'asepsie, car la malade ne suppura pas et quitta au bout de quinze jours la maison de santé, guérie. Or l'examen histologique fut fait par mon regretté élève M. Pillet. Je transcris la lettre qu'il m'a écrite :

« Mon cher Maître,

« La tumeur polykystique que vous m'avez donnée à examiner me paraît être un *adénome kystique thyroïdien*, « développé dans une de ces glandules accessoires que « Verneuil avait signalées et sur lesquelles Gruber a attiré « notre attention.

« Nous avons en effet une tumeur polykystique dont « certains kystes contenaient une *matière colloïde* comme « celle que l'on trouve dans les goïtres, d'autres du sang « ou mieux du liquide sanguinolent.

« Sur plusieurs coupes, on voit que ces kystes ont une « paroi hyaline, recouverte d'une seule couche de cellules « polygonales, comme on en rencontre dans les *vésicules* du « corps thyroïde. Sur quelques kystes qui contiennent du « sang et de la matière colloïde, on voit saillir sur la paroi « des petites masses *composées de tubes thyroïdiens* n'ayant « pas subi la transformation alvéolaire. Ils sont entourés « d'une couche conjonctive très mince, remplie de gros « vaisseaux dont la rupture a été la cause de l'hémorragie.

« Sur d'autres coupes on voit nettement des tubes glandulaires, formés par *des cellules cubiques* et sans substance « colloïde, rappelant ceux qu'on voit sous la coque du « thyroïde du jeune sujet. »

Observation IV

(REYNIER et LUTAUD)

Des goîtres aberrants (Société de Chirurgie, Paris, 7 novembre 1905).

M^{me} X..., opérée par M. Reynier le 9 mars 1905, puis le 15 avril 1905, âgée de 53 ans, maigre et de bonne santé, rentre à l'hôpital pour une tumeur siégeant dans la région latérale du cou, côté droit.

EXAMEN RÉGIONAL. — Nous observons deux tumeurs : une grosse siégeant sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, qu'il soulève et débordant son bord externe, à hauteur de l'os hyoïde ; puis une petite plus basse, siégeant derrière le sterno-cleido-mastoïdien, dans le triangle sus-claviculaire et à la base de ce dernier.

L'inspection nous permet de constater que la peau est normale, mobile, sans circulation cutanée exagérée.

A la *palpation* la tumeur paraît solide et profondément située dans la région carotidienne, sans prolongement vers la ligne médiane, elle paraît adhérer assez solidement au plan profond sans adhérence à la peau qui glisse très facilement. Il en est de même de la petite tumeur : elle est de la taille d'un marron, la grosse étant de celle d'une orange. Toutes deux sont indolores.

Les troubles fonctionnels sont nuls : aucun trouble circulatoire, aucune gêne de déglutition, aucun trouble de compression.

La malade vient se faire opérer « par coquetterie » ou par peur de voir la tumeur progresser indéfiniment.

Elle n'en souffre en aucune façon, un peu de gêne dans les mouvements du cou.

INTERROGATOIRE DE LA MALADE. — La tumeur a débuté il y a environ 26 ans, en 1878, la malade avait alors 27 ans. Elle s'en aperçut quand la tumeur avait la grosseur d'une noisette. Dix ans après, vers 1888, la tumeur avait la taille d'un gros marron et continua à progresser très

lentement jusqu'en 1900. Dans ces cinq dernières années elle parut augmenter plus rapidement.

La petite tumeur semble avoir débuté en même temps que la grosse, la malade n'a pas remarqué *sa progression*.

La malade qui se dit très nerveuse est examinée plus complètement :

Facies légèrement basedowien, un peu d'exophtalmie, regard fixe par instant. Pas d'inégalité pupillaire.

Le cou, qui mesure 32 centimètres (mensuration après opération, ne présente pas de goitre. On ne sent rien d'anormal.

LE CŒUR. — A l'*inspection*, choc de la pointe au-dessous du mamelon et sur la ligne verticale passant par ce dernier.

La *palpation* fait percevoir un choc violent à chaque systole.

La *percussion* ne montre pas d'augmentation de volume.

A l'*auscultation*, tachycardie sans lésions valvulaires ni souffle extra-cardiaque.

Pouls 100, irrégulier.

Rien du côté des reins ni du système nerveux.

Réflexes normaux. Sensibilité normale.

Pas de syphilis.

A noter un autre signe basedowien, du tremblement marquant environ 30 oscillations à la minute.

Enfin il faut noter le caractère émotif de la malade et certains petits symptômes tels que bouffées de chaleur, alternative de rougeur et pâleur de la face.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née à Asmev (Pas-de-Calais), vint au monde à 8 mois. Pas de convulsions dans la première enfance ; rien à noter dans les premières années de sa vie si ce n'est un ictère qui dura quelques mois.

Rien à noter jusqu'au mariage ; vers ce moment débute *la tumeur du cou*, des palpitations fréquentes, seule affection dont la malade se plaigne.

Ménopause assez difficile en 1899. A cette même date, coqueluche très violente suivie d'exagération de l'exophtalmie et d'hémorragies nasales.

La malade est mariée à un homme de 53 ans, très bien portant, pas nerveux et semblant n'avoir aucun signe de syphilis.

Elle n'a jamais eu de fausse-couche et a eu deux enfants qui sont deux filles, l'une mariée sans enfant. toutes deux bien portantes.

L'hérédité de la malade est aussi peu chargée que possible. Au point de vue nerveux, il faut noter le père qui présentait, paraît-il, du tremblement continuels avec soubressauts dans les membres, et qui était d'une nervosité véritablement morbide et la mère de ce dernier (grand'mère de M^{me} X...) qui présentait des symptômes analogues.

Pas de goitres dans la famille.

OPÉRATION. — Endormie assez facilement. Incision de 15 centimètres environ sur la tumeur suivant une ligne longeant le bord antérieur de trois centimètres et qui ne présente pas de vascularisation exagérée,

Difficultés d'extirpation très grandes. On est dans la région des gros vaisseaux, qui ne paraissent former qu'un avec la tumeur. Dissection de la tumeur libérée en-dehors, du côté du sterno-cleïdo-mastoïdien (qui est enlevé en partie) et un peu en arrière. On arrive ensuite sur la carotide : à ce moment l'opération devient des plus délicates, le vaisseau et la tumeur ne formant qu'une masse entourée d'une zone inflammatoire. L'artère est libérée en laissant adhérents à sa tunique externe deux petits lambeaux appartenant à la coque externe de la tumeur.

Aucun ganglion, *aucun prolongement vers la ligne médiane* (région thyroïdienne).

Ligature des vaisseaux se rendant à la tumeur.

Drainage, suture.

SUITES OPÉRATOIRES. — La malade dès le soir de l'opération est un peu agitée. Le lendemain et le surlendemain agitation extrême : il y a même du délire. La malade veut à toute force se lever, rejette tout ce qui la couvre dans son lit, se plaint de sécheresse de la gorge. A ce moment elle a tout à fait le facies basedowien, présentant de la carphologie spéciale à tous ceux qui ont subi des interventions sur le corps thyroïde.

Exophtalmie prononcée, tachycardie considérable. tremblement, agitation. Le cinquième jour tout rentre dans l'ordre.

Pendant ce temps l'état local est resté excellent.

Le quatrième jour on enlève le drain. Pansement tous les deux jours.

Dès les premiers pansements, nous nous apercevons qu'il existe une petite tumeur grosse comme une noix située dans le triangle sus-claviculaire, sous le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien : nous pensons à un ganglion qui nous avait échappé au moment de l'opération.

Quinze jours après la malade quittait le service : on lui disait de revenir pour la petite grosseur qui persistait ; elle revint un mois après.

La grosseur avait augmentée, elle était du volume d'une petite mandarine, exactement située dans le creux sus-claviculaire, à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, cachée en partie par le bord postérieur externe du sterno-cleïdo-mastoïdien : mobile elle ne paraissait pas adhérer aux plans profonds.

Opérée très facilement, la tumeur était enlevée comme un ganglion, suture sans drainage. Dix jours après la malade sortait.

EXAMEN HISTOLOGIQUE fait par le D^r Cruveilhier.
— Les deux tumeurs apportées au laboratoire sont sectionnées suivant leur axe.

Elles apparaissent alors l'une et l'autre comme *constituées par une coque fibreuse* dont l'épaisseur diffère suivant les points, et par un nombre considérable de petites logettes groupées sans ordre dont les dimensions varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois.

Au microscope toutes ces cavités apparaissent remplies d'une substance amorphe, colorée en violet par l'hématéine, et se présente tantôt sous l'aspect d'un seul bloc comblant toute la lumière, tantôt sous celui de plusieurs blocs de dimensions variables, tassés les uns contre les autres. On perçoit également des cloisons qui partent de l'enveloppe fibreuse et donnent un aspect irrégulièrement lobulé. Beaucoup des cavités que présentent ces tumeurs ont les dimensions et l'aspect des vésicules du corps thyroïde normal.

D'autres sont dilatées et méritent le nom de véritables kystes.

Ces vésicules sont parfaitement closes, ne communiquent point les unes avec les autres et ne s'ouvrent pas dans un canal excréteur quelconque.

La face interne de ces cavités est revêtue d'un *épithélium cubique* légèrement aplati dans quelques grands kystes : parfois même l'épithélium, refoulé, s'est atrophie et a disparu. On constate en outre à l'intérieur des vésicules des macrophages dont les uns sont remplis de granulations pigmentaires dissimulant complètement leurs détails de structure, tandis que les autres laissent voir au centre leur noyau pâle. On trouve souvent mêlés à ces macrophages des globules rouges.

Dans certaines cavités, et en particulier dans celles qui sont situées à la périphérie de la tumeur, on perçoit des végétations arborescentes faisant saillie dans la cavité même du kyste. Notons également, dans la même région périphérique, une prolifération intense de l'épithélium qui arrive à combler entièrement parfois la cavité de ces vésicules.

Dans les cloisons fibreuses qui séparent entre eux les groupements de vésicules on perçoit des foyers d'infiltration inflammatoire constitués surtout par des cellules mononucléaires dont un grand nombre sont gorgées de granulations pigmentaires.

Ce dernier fait s'explique par la *présence de nombreux foyers hémorragiques* extra et intra alvéolaires.

L'épaississement même de la coque fibreuse est certainement inflammatoire. Quelques vaisseaux présentent des signes nets d'endartérite oblitérante indiquant une inflammation chronique.

Dans un point de la coque fibreuse, une masse irrégulière est incluse ; l'examen histologique montre que c'est un ganglion lymphatique. Nous n'avons pas trouvé dans l'épaisseur de ce ganglion de cellules épithéliales métastatiques.

Tumeurs bénignes développées aux dépens de vésicules thyroïdiennes, présentant une hyperplasie des éléments glandulaires avec foyers apoplectiques et lésions chroniques interstitielles.

Observation V

CUSWAY (Chicago)

Thyroïde aberrante (*Annals of Surgery*, 1909, tome XLIX, n° 1, Janvier, p. 56).

Les recherches auxquelles se livra Cusway ne lui ont fait trouver que seize cas de thyroïdes aberrantes dans la littérature, signalées depuis 1857.

En fait, ce chiffre doit être sensiblement au-dessous de la réalité, car de petites masses de tissu thyroïdien doivent être parfaitement méconnues lorsqu'on n'en pratique pas l'examen microscopique.

Dans le cas que Cusway eut l'occasion d'observer dans le service du professeur Kanavel, il s'agissait d'une femme de 26 ans, qui, depuis deux ans et demi, avait remarqué dans la région cervicale gauche la présence d'une tumeur qui s'était progressivement accrue au point de présenter, au moment de l'examen, le volume d'un œuf. Au cours de l'intervention pratiquée par le professeur Kanavel, cette tumeur recouverte par le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, immédiatement accolée aux vaisseaux, apparut comme une sorte de grappe formée d'une masse supérieure assez volumineuse, à laquelle étaient appendus inférieurement trois ou quatre noyaux de volume décroissant de haut en bas. L'ensemble de la tumeur se laissa facilement énucléer, excepté au niveau de son extrémité inférieure ; là, le petit noyau qui terminait la grappe était uni par un tissu fibreux assez dense à l'enveloppe même du corps thyroïde. La guérison fut rapide.

L'examen microscopique révéla une tumeur à structure générale du corps thyroïde avec une assez forte prolifération épithéliale et, çà et là, une accumulation de matière colloïde.

Observation VI

(ZENKER et ZIEMSEN)

Goitre rétroviscéral

Chez une femme dont le lobe thyroïdien droit était en grande partie suppuré, on voyait, au niveau du bord postérieur du lobe gauche un peu hypertrophié et un peu au-dessous de lui, deux glandes thyroïdes *accessoires* complètement séparées de la glande principale. L'inférieure était la plus grosse, mesurait 5 centimètres de long, 3 cent. 1/2 de large, 1 cent. 1/2 d'épaisseur, *située entièrement entre la colonne vertébrale et l'œsophage* et comprimait la paroi postérieure de cet organe.

Observation VII

(BECKEL)

Goitre rétroviscéral, forme retropharyngienne, et de son extirpation. — *Bull. Société Chirurg.*, 1879, p. 303. — (Résumé.)

M^{lle} Elg..., de Reichshoffen, âgée de 25 ans, petite atteinte de scoliose dorsale droite, a remarqué pour la première fois, il y a trois ans, en 1875, une petite tumeur mobile à la partie latérale droite du cou, du volume d'une noisette ; elle siégeait à hauteur du larynx.

En 1878, elle grossit plus rapidement. Le Dr Böll fit plusieurs injections iodées sans résultat.

En novembre 1878, M^{lle} E... se présente chaque mois, parce que, depuis un mois, elle a une *gêne croissante de la déglutition*, au point qu'elle ne peut plus avaler que les liquides. *Respiration tout à fait libre.*

A l'inspection, la moitié droite du cou est occupée par une tumeur du volume d'une pomme, partant de la clavicule et remontant jusque vers le maxillaire,

En faisant ouvrir la bouche, on constate qu'une autre tumeur, du volume d'une forte noix, remplit la partie droite du pharynx, touche la base de la langue, dépassant même la ligne médiane, et l'on est étonné de ne pas trouver la respiration embarrassée.

La muqueuse pharyngée est mobile à la surface de ce lobe ; elle n'est pas vascularisée.

Il n'y a ni douleur ni fièvre.

Le 7 décembre 1878, ponction exploratrice de la tumeur cervicale ; il s'écoule un demi-verre de liquide brunâtre, mais translucide ; puis il ne vient plus que du sang. La tumeur cervicale n'est pas vidée. La tumeur pharyngienne existe toujours.

Opération le 9 Décembre 1878.

Sous le brouillard phéniqué, incision de 10 centimètres le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, une grosse veine qui suit ce trajet est disséquée et reclinée en dedans. On divise plusieurs aponévroses et muscles, entre autres le muscle omo-hyoïdien qui croise la tumeur. Celle-ci apparaît de coloration bleu-noirâtre et se laisse facilement isoler au doigt. Les vaisseaux qui pénètrent la tumeur sont liés au catgut avant de les couper.

En cherchant à isoler la tumeur en haut, une poche crève, déversant avec force un liquide fortement coloré par du sang noir ; on aurait pu croire qu'une grosse veine avait été coupée en travers, mais l'écoulement s'arrête spontanément. En portant le doigt dans l'arrière gorge, je constate que la tumeur pharyngienne s'est affaissée. La tumeur cervicale est encore tendue. Les deux tumeurs sont donc distinctes.

La poche cervicale est amenée facilement au dehors, la ligature de quelques vaisseaux qui y pénètrent termine la première partie de l'opération.

Dans la partie supérieure de l'incision, on trouve alors le kyste rétropharyngien vidé qui cède à quelques tractions.

Le professeur Recklinghausen, qui a examiné les kystes au microscope, les déclare formés aux dépens du tissu thyroïdien.

Observation VIII

HOLLÄNDER

Goitre aberrant unique rétro-pharyngien. — (Présentation à la Société de Médecine berlinoise). — Séance du 13 janvier 1909 (in *Berliner Klinische Wochenschrift*, tome XLVI, 1909, n° 4, 25 Janvier, p. 177).

La pièce présentée par Hollander est un goitre vasculaire aberrant de la grosseur d'une pomme qu'il a extirpé chez une femme de 61 ans.

Cette malade souffrait depuis quelque temps de *troubles de la déglutition* : elle avait un besoin constant de déglutir et ne pouvait avaler de grosses bouchées ; enfin elle était incommodée par un bruissement continu dans l'oreille.

A l'examen buccal, on constatait une tumeur derrière la paroi postérieure du pharynx, mal limitée, étendue de la base du crâne au niveau de l'épiglotte, et qu'on pouvait partiellement réduire avec une pression lente et continue, ce qui la fit supposer riche en vaisseaux, d'autant plus que la muqueuse pharyngienne était fortement vasculaire. Hollander fit une incision latérale dans la région cervicale supérieure et tomba rapidement sur la tumeur, dont la capsule était parcourue par de gros vaisseaux : il fallut réséquer la veine jugulaire interne qui était fortement adhérente et le nerf pneumogastrique qui était complètement englobé par la masse. Le pédicule vasculaire, long comme un doigt, qui abordait le pôle inférieur de la tumeur, venait de l'artère thyroïdienne supérieure. L'extirpation fut facile. La malade guérit et vit ses troubles disparaître.

Observation IX

REICH (Tubingen)

Goitres rétroviscéraux et goitres aberrants latéraux. — *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, tome LXXII, fasc. II, 1911, p. 463. — (Résumée.)

Reich a recueilli à la clinique de Perthes, à Tubingen,

un nouveau cas de goitre rétroviscéral. *Il s'agissait, en réalité, d'un goitre rétroviscéral en continuité de tissus avec la glande thyroïde normale*, le goitre ectopique était surtout rétro-pharyngien et très peu rétro-œsophagien : il correspondait comme siège aux glandes thyroïdes accessoires postérieures de Gruber.

Le malade, âgé de 38 ans, présentait depuis deux ans une voussure de la paroi postérieure du pharynx, de la voix nasonnée, de la dispnée, de la dysphagie considérable même pour les liquides. De plus, il avait de la cyphose cervicale marquée, rendant l'exploration pharyngée difficile : cette cyphose avait comme point culminant la quatrième cervicale. *On fit le diagnostic d'abcès froid rétro-pharyngé* probablement d'origine vertébrale : l'incision fut faite sur le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien à droite : on tomba sur une tumeur du volume d'un œuf d'oie, placée dans l'espace rétropharyngien. On énucléa cette tumeur en liant le *pédicule fibreux qui la rattachait* à la partie supérieure du lobe thyroïdien droit normal, il s'agissait d'un goitre colloïde banal avec des hémorragies interstitielles. Reich insiste sur l'existence d'une cyphose cervicale qui peut être liée à l'existence du goitre rétroviscéral. Ce serait là un processus d'accommodation de la colonne vertébrale à la poussée exercée par le goitre rétro-pharyngien. Ces cas sont excessivement rares.

Il rapporte, en outre, dans ce mémoire, deux observations de goitres aberrants latéraux (Payr).

Dans le premier cas, il s'agit d'un goitre aberrant latéro-cervical droit, développé à la fois dans la région sous-maxillaire, carotidienne supérieure et rétro-claviculaire.

Le goitre rétro-claviculaire donnait lieu à des symptômes de compression thoracique sérieux.

Dans le second cas, le goitre aberrant était bilatéral, symétrique. Ils étaient franchement latéraux, sus-claviculaires entre le trapèze et le sterno-cleïdo-mastoïdien.

Observation X

KLAUS (Tuttlingen)

Les goîtres rétro-pharyngiens accessoires vrais. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome XCVIII, fasc. I, Janvier, p. 37 à 43. — (Résumée.)

La malade, dont Klaus rapporte l'observation, était une jeune femme de 19 ans, présentant une gêne instable de la respiration et de la phonation, ainsi qu'une certaine difficulté à avaler les aliments solides. Ces troubles, qui semblaient remonter à un an, étaient provoqués par une tumeur occupant la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne gauche et faisant saillie dans le pharynx, au niveau de la paroi latérale gauche et postérieure de celui-ci, à la hauteur de la base de la langue. La saillie pharyngée surplombait l'orifice du larynx, empêchant l'examen laryngoscopique. Cette tumeur était manifestement *fluctuante*.

L'extirpation fut pratiquée par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Elle ne présenta aucune difficulté. Inférieurement, il existait un deuxième petit kyste, beaucoup plus petit, placé immédiatement au-dessus du pôle supérieur du corps thyroïde, dont la capsule était intacte.

L'examen histologique de la paroi du kyste montra que celui-ci était développé aux dépens d'un lobule aberrant du corps thyroïde. On trouvait en effet dans cette paroi des follicules à contenu colloïde.

Observation XI

HOFFMANN (Munich)

Thyroïde intratrachéale accessoire. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der Luftwege* (tome LIX, fasc. IV, 1909, p. 373 à 379). — (Résumée.)

À l'examen laryngoscopique d'une jeune fille de 25 ans, admise à l'hôpital pour des accès de suffocation, on constata dans l'espace sous-glottique, une tumeur hémisphérique, recouverte par la muqueuse et paraissant s'insérer au niveau

des deux premiers anneaux cartilagineux de la trachée. Le volume de la trachée remplissait presque la lumière de la trachée; en avant seulement elle ménageait une étroite fente en forme de croissant. On pratiqua tout d'abord la trachéotomie; puis, dans une séance ultérieure, on enleva la tumeur par une crico-trachéotomie. En écartant les lèvres de la plaie trachéale, on put facilement aborder la tumeur *qui s'énucléa* après une section transversale de la muqueuse. On termina en faisant une application au thermo-cautère et en tamponnant. Les suites furent normales, et la malade quitta l'hôpital, entièrement guérie, trois mois après l'opération.

Au microscope, la tumeur présentait la structure du tissu thyroïdien.

Observation XII

(WERNER)

Goitre intrathoracique vrai. — (Résumée.)

Malade âgé de 23 ans, mal bâti, avec un cou court, épais, un thorax de poulet rachitique, atteint depuis ses premières années du scrofule. Présente de la toux, de l'angoisse, de la dyspepsie. Bientôt survint la mort.

AUTOPSIE. — A la partie inférieure du cou se trouvait une tumeur goitreuse dont la moitié était cachée derrière la clavicule et le sternum. Elle avait le volume d'une orange et recouvrait la trachée jusqu'à la bifurcation. *Elle n'avait aucune relation avec la thyroïde normale.* Celle-ci était constituée par deux petits lobes rudimentaires situés de part et d'autre de la partie supérieure de la tumeur. C'est à ce niveau que la tumeur était le plus adhérente, fixée par des tractus fibreux. En bas, elle était presque libre, fixée seulement par du tissu cellulaire lâche. Les anneaux de la trachée étaient complètement aplatis par la tumeur. La capsule de la tumeur est elle-même épaisse de 8 millimètres, sans traces de solution de continuité anciennes ou récentes. Elle contient du liquide épais, rouge brun. Le larynx est très petit, la trachée courte et aplatie par la tumeur.

Observation XIII

(AJUTOLO)

Goitre intrathoracique (in thèse Cadet, de Lyon, Contribution à l'étude des goitres intrathoraciques).

Une femme de 80 ans était depuis deux ans à « Ospedale maggiore in Bologna » pour des accès de suffocation avec stase dans le territoire de la veine cave supérieure. Elle mourut dans un de ces accès à la fin de janvier 1889.

AUTOPSIE. — Glande thyroïde hypertrophiée, partagée sur la ligne médiane par un sillon vertical profond. Le lobe droit est plus gros que le gauche et se prolonge en bas et en arrière jusque dans le creux sus-claviculaire.

Il comprime la carotide primitive et la jugulaire interne contre le sternum et la trachée et l'œsophage vers la gauche. Sa longueur égale 9 centimètres, sa plus grande largeur égale 5 centimètres, sa plus grande épaisseur 3 centimètres.

Il présente au niveau de son bord supérieur deux prolongements. L'un se dirige en haut et en dedans : c'est la pyramide de Lalouette qui s'étend sur une longueur d'environ 2 centimètres sur cartilage thyroïde. L'autre, situé en dehors du précédent, est long et épais d'un centimètre, il se dirige en bas et se cache sous l'artère thyroïdienne supérieure gauche.

Entre le lobe droit et l'artère thyroïdienne supérieure droite, se trouve, à la hauteur du bord inférieur du cartilage thyroïde, une petite tumeur du volume d'une noisette, de couleur rosée, de consistance élastique, qui montre à la coupe un grand nombre de grains colloïdes. Elle reçoit son sang de l'artère thyroïdienne supérieure droite.

Au-dessous de la glande thyroïde, nous trouvons sur la ligne médiane une autre tumeur semblable, du volume d'une châtaigne, à base en haut, sommet en bas. Elle est rose, élastique et *séparée de la glande thyroïde normale* par un sillon profond comblé par du tissu cellulaire lâche et des vaisseaux.

De la partie supérieure de cette tumeur naît un cordon fibro-vasculaire qui s'engage dans le sillon séparant les

deux lobes de la thyroïde normale et qui atteint en haut la pyramide de Lalouette. Ce cordon renferme une veine et une branche de l'artère thyroïdienne supérieure gauche. La tumeur reçoit aussi son sang de la thyroïdienne inférieure droite.

On trouve aussi une troisième tumeur semblable, entourée de beaucoup de graisse, dans le médiastin antérieur, en rapport en avant avec la fourchette sternale qui la cache complètement, en arrière avec la crosse de l'aorte et le tronc veineux brachéo-céphalique gauche, sur les côtés avec les poumons et en bas avec le péricarde.

Elle a la forme d'un cœur un peu aplati d'avant en arrière, avec une base supérieure, un sommet inférieur. Elle est rouge cerise, parsemée de points variant du bleu sombre au jaune clair, de consistance fibro-élastique, sa surface lobulée. A la coupe, on a un aspect jaune granulé, à moitié translucide. Elle reçoit son sang de l'artère thyroïdienne inférieure droite et de la mammaire interne droite.

Ces trois tumeurs sont entourées par l'aponévrose moyenne du cou et jouissent d'une certaine mobilité.

L'examen microscopique montra que ces trois tumeurs étaient constituées par du tissu thyroïdien plus ou moins transformé et entourées d'une capsule conjonctive épaisse et richement vascularisée.

Les poumons sont çà et là adhérents à la plèvre pariétale. Un peu d'emphysème sur les bords antérieurs. Congestion et œdème dans les autres parties.

Le cœur présente une hypertrophie excentrique.

Observation XIV

(HOPMANN)

Goitre intrathoracique vrai

Un homme de cinquante ans présentait une dyspnée énorme, un pouls très fréquent, une *circulation veineuse complémentaire* sur la paroi thoracique, sans tuméfaction cervicale.

La mort survint en quelques jours, à la suite d'*accidents pulmonaires aigus*. L'autopsie fit reconnaître un goitre

médiostinal de 890 grammes, s'étendant en bas jusqu'au diaphragme, recouvrant le péricarde et refoulant le cœur en bas, en arrière et à gauche. *Il ne présentait aucune relation avec la glande thyroïde.*

Observation XV

(P. DUVAL)

Communication à la Soc. de Chirurgie de Paris, 10 janvier 1912, in *Bulletins et Mémoires de la Société*, tome XXXVIII, N° 2, 10 janvier 1912, p. 93 à 99.

Un homme de 26 ans, vigoureux, bien constitué, sans antécédents morbides, entre à l'hôpital porteur d'une tumeur à la base du cou.

D'un volume variable avec l'inspiration et l'expiration, elle est dilatée, plus saillante à droite qu'à gauche et n'adhère pas aux téguments qui ont conservé leur teinte et leur souplesse.

Elle est sonore à la percussion, surtout quand le malade fait un effort, ce qui permet de porter le diagnostic de tumeur gazeuse du cou, correspondant avec la trachée par un pertuis situé au-dessous de la glotte, celle-ci se fermant dans l'acte de l'effort.

Les deux volumes extrêmes sont : le plus petit, un œuf de poule environ à droite et rien à gauche ; le plus gros, un œuf de poule à gauche, une grosse orange à droite. L'affection a débuté vers le milieu de l'année 1900, au moment où le malade, faisant son service militaire, jouait du trombone. Il s'aperçut que le col de sa tunique l'étranglait à certains moments. Depuis, en dehors des picotements, il ne ressentit aucune gêne fonctionnelle, aucun autre symptôme.

A la laryngoscopie, aucune lésion laryngée, aucune lésion trachéale jusqu'à la bifurcation.

OPÉRATION. — Incision sur le bord intérieur du sterno droit.

Après la section des plans moyens, on trouve les espaces cellulaires profonds remplis de bulles d'air, puis on sent une grosse tumeur mobile, du volume d'un poing, que les

mouvements respiratoires font émerger du thorax, puis y rentrer.

Cette tumeur est un *goître aberrant*, sans connexion directe avec le corps thyroïde, mais appendu par une sorte de pédicule fibreux au pôle inférieur du lobe droit. Ablation.

Inspection du larynx et de la trachée : Aucune perforation.

Il est facile de constater, par la vue et par l'oreille, que la fuite d'air provient du médiastin.

Malgré les valves, il est impossible de voir la perforation qui semble siéger sur la grosse bronche droite.

Suture des plans cervicaux ; drainage, 48 heures.

Réunion *per primam* : La fistule aérienne semble s'être immédiatement fermée. Revu trois ans après, le malade est très bien portant.

En résumé, il s'agit d'une de ces tumeurs gazeuses auxquelles Petit a donné le nom d'aérocèles et dont il avait réuni, en 1889, 44 cas. En dehors de quelques cas d'aérocèles congénitales ou consécutives à une plaie de la trachée ou dues à des abcès tuberculeux ouverts et fistulisés dans le larynx, la très grande majorité de ces tumeurs gazeuses ne présentait aucune communication avec les voies respiratoires extra-pulmonaires. Chauffard et Loederich (*Presse Médicale*, 1905), prétendaient que nombre des aérocèles devaient être des poches d'emphysème enkysté dues à la perforation d'un foyer tuberculeux du poumon à travers une plèvre adhérente.

Peut-être en est-il ainsi dans ce cas.

Peut-être aussi, le gros goître aberrant, lié au corps thyroïde et à ses mouvements, a-t-il pu, en agissant comme un piston de pompe, favoriser la fistulation sur un point intrathoracique de l'arbre aérien.

Observation XVI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Louis POISSON)

Clinique Chirurgicale (*in extenso*)

Goîtres aberrants multiples

Le n° 30 de la salle 7 nous offre un trop bel exemple de goîtres aberrants pour que je laisse passer cette occasion

de vous entretenir de cette affection chirurgicale rare, tout au moins dans notre pays.

Si vous jetez les yeux sur une carte indiquant la répartition géographique du goitre, celle de Mayet par exemple, vous constatez que la Bretagne n'a pas de centre d'endémie goitreuse, et les cas que nous observons sont *sporadiques*, c'est-à-dire *dispersés*. Ces cas isolés semblent se multiplier depuis quelques années, et, pour mon compte, je suis rarement plus d'un semestre sans opérer un ou deux goîtres, alors qu'il y a trente ou quarante ans, ils étaient si exceptionnels que mon regretté maître Heurtaux niait presque leur existence à Nantes tout au moins et dans ses environs. Or, plusieurs de ceux que j'ai observés s'étaient développés à Nantes même, notamment dans les quartiers bas, souvent inondés par la Loire, la Sèvre ou la Chézine. Mais le foyer principal de ces goîtres paraît être sur la ligne de Nantes à Châteaubriant, à Joué-sur-Erdre ou à Issé. La vallée de la Loire, dans cette région que protège tant bien que mal la digue de la Divatte, n'en est pas exempte ; les bords de la Sèvre, auprès de Cugand ou de Clisson, nous en ont donné un certain nombre. Je vous signale enfin la Grande-Brière, cet ancien estuaire de la Loire, qui forme l'hiver une vaste lagune s'asséchant à peine l'été. Le lac de Grand-Lieu, qui semble dans les mêmes conditions, ne m'en a pas fourni d'exemple.

Ce ne sont pas de véritables foyers d'endémie ; les goitreux n'y font point souche de crétins ou de myxœdémateux ; ce ne sont pas toujours les mêmes villages qui sont atteints, mais les cas isolés sont beaucoup plus fréquents que dans le reste du département.

On a longtemps dit que le goitre se voyait exclusivement dans les vallées étroites, profondes, encaissées entre de hauts sommets ; cela est exact très souvent, la plupart du temps même, mais on a signalé depuis des endémies dans le delta du Gange ou à l'embouchure du Saint-Laurent ; notre département doit être l'un des moins élevés de France ; l'hiver il s'inonde parfois sur une grande étendue de sa surface, et c'est surtout sur le parcours de nos rivières l'Erdre, la Sèvre, la Chézine ou la Loire, là où elles stagnent l'été, que nous trouvons le plus de goitreux, dans les coins, par

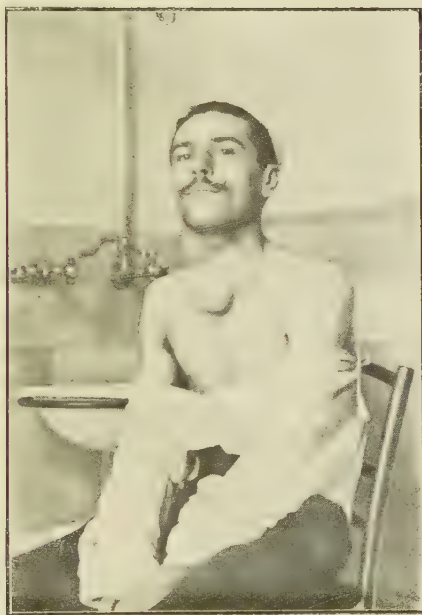


Fig. 6. — Photographie du sujet de l'observation
de M. le Docteur POISSON.

conséquent, où le niveau du sol s'abaisse encore davantage. Mais laissons de côté les questions d'altitude et de climatologie, en vous faisant encore remarquer cependant que notre malade habite près d'Issé, l'un des points que je vous dénonçais tout à l'heure, et en vous rappelant qu'Issé est un terrain métallifère, riche en pyrite de fer, et que depuis Lager, qui a fait une étude complète des régions goitrigènes d'Europe, déclare que cette constitution du sol est la meilleure condition géologique du goitre.

Il y aurait lieu, en somme, de recommencer une petite enquête que j'avais commencée il y a quelques années sans la mener à bien, de pointer sur une carte d'état-major les villages où seraient signalés ces goitres, et d'en étudier les conditions climatologiques, aquatiques et géologiques.

Revenons à l'examen de notre malade.

Il a 28 ans, n'a jamais été malade et ne présente aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. Le début de son goitre, ou plutôt de ses goitres, remonte à l'âge de 12 ans ; ils se sont développés lentement, et c'est seulement depuis quelques mois que leur marche paraît plus rapide.

Voici l'état actuel : Sur la ligne médiane, au-dessous du cricoïde épaissi par une masse fibreuse qui semble l'isthme du corps thyroïde, dans toute l'étendue qui sépare ce point de la fourchette sternale, nous trouvons une grosse tumeur, très régulièrement sphérique, dans laquelle le palper révèle une fluctuation non douteuse. Au devant la peau est intacte et mobile, mais, quand on provoque des mouvements de déglutition, on a la notion très précise que cette tumeur adhère à la trachée, ou tout au moins suit ses mouvements.

Du côté gauche, auprès de cette première tumeur, adhérents avec elle, mais distincts d'elle par leur consistance plus dure, deux noyaux du volume d'une petite noix. *A droite*, sous le bord interne du sterno-mastoïdien, refoulé en partie et en partie étalé par elle, une autre tumeur allongée du volume d'un gros œuf d'oie. Cette tumeur diffère de la médiane par sa consistance et en est complètement indépendante : Elle n'est point mobilisée par les mouvements de la trachée et ne donne que la fausse fluctuation des tumeurs solides molles et colloïdes. A sa surface, la peau est normale et mobile, mais on sent sous elle battre plusieurs grosses

artères émanées de la carotide externe. En bas de cette tumeur, plus près du sternum, *deux ou trois autres gros goîtres ganglionnaires.*

Les symptômes fonctionnels *sont nuls ou à peu près*, et il en est souvent ainsi dans les goîtres, même dans les goîtres autrement volumineux, tant qu'ils ne sont pas bridés par le sterno-mastoïdien et *surtout par le sternum*, tant qu'ils ne sont pas des goîtres plongeants, produisant une atrophie et un aplatissement de la trachée qui cède sous la pression et ne permet plus le libre passage de l'air. Ceux-là donnent rapidement de la toux goitreuse, de l'asthme goitreux, des accidents graves cardio-pulmonaires. Un seul signe fonctionnel : *un peu de bitonalité de la voix, comme si l'un des récurrents était comprimé ou tirailé.* Nous reculons devant un examen laryngoscopique pour ne pas fatiguer et décourager notre malade. Les accidents sont parfois bien autrement prononcés du côté du larynx quand le goitre l'enserme et produit de la toux convulsive ou de la voix grave gutturale par une sorte de blindage des parois, et plus tard de l'aphonie par la paralysie des cordes vocales.

Ici non plus, aucune des compressions nerveuses qui donnent du *torticolis spasmodique* (spinal), héli-anesthésie ou héli-atrophie linguale (hypoglosse), douleurs irradiées (plexus voisins).

De même, aucun symptôme Basedowien. Ce jeune homme ne vient nous trouver *qu'à cause de la disgrâce physique de ce cou* déformé par des tumeurs multiples.

Il ne s'agit pas ici d'un goitre banal. Le goitre banal peut présenter des noyaux multiples disséminés dans la glande thyroïde, mais ils font corps avec elle. Isolés sans doute la plupart du temps dans l'intérieur même de l'organe *par une capsule propre* dont je vous rappelais tout à l'heure l'importance, ils n'en sont pas indépendants. Ici, au contraire, vous avez des goîtres disséminés et indépendants de la thyroïde, et je suis obligé, pour vous faire comprendre cette disposition, de vous rappeler quelques notions embryologiques.

Habituellement, l'isthme et la portion attenante des lobes thyroïdiens sont formés par le tractus thyroéglosse dont on retrouve, vous le savez, le cordon cicatriciel entre le sommet de la Pyramide de Lalouette et le foramen cœcum.

Pour les uns même (Nicolas), la thyroïde provient uniquement et en totalité de son ébauche médiane. Pour les autres (Prenant), il y aurait des ébauches latérales provenant du 3^e et 4^e arc branchial.

En réalité, on trouve quelquefois dans tout un triangle, dit « *aire branchiale* », des amas thyroïdiens épars, et il ne faut pas s'en étonner, fait très justement remarquer Léon Bérard, puisque tous les organes cervicaux provenant de sillons branchiaux sont à leur origine étroitement accolés les uns aux autres et émanent d'éléments identiques.

En pratique, rappelez-vous donc toujours la possibilité de glandes thyroïdiennes aberrantes, *libres ou tenant par un pédicule au système thyroïde principal et disséminées* dans tout un triangle isocèle dont le sommet répond au point le plus élevé de la crosse de l'aorte (glande de Wœfler), et dont la base répond au bord du maxillaire inférieur, à la base de la langue (glande de Zuckerkand), au pharynx et à l'oreille moyenne. Vous aurez dans cette notion la possibilité de diagnostics qui sans elle seraient erronés.

Notre goitreux nous demandait instamment de le débarrasser de ses tumeurs et j'ai accédé à sa demande d'autant plus volontiers qu'il n'était à l'abri d'aucune des complications possibles de son état ; suffocation par augmentation des goîtres, transformation en épithélium malin, etc.

Une incision verticale médiane m'a d'abord conduit sur la première tumeur. J'ai pris soin de bien arriver jusque sous la capsule propre, de la faire repérer par des pinces et de pénétrer avec l'index sous la zone décollable ; vous avez assisté à son énucléation, facile, sans perte de sang. Tout est là en vérité : le corps thyroïde a une capsule propre assez adhérente, celle-là, il la faut traverser, et avec elle assez souvent une couche plus ou moins épaisse de tissu thyroïdien avant d'arriver sur la capsule propre du goître kystique ou parenchymateux. Une fois cette capsule propre incisée, le décollement avec le doigt s'effectue avec aisance et vous avez dû même coup évité les grands dangers de la thyroïdectomie qui sont : l'hémorragie une trop complète extirpation de tissu thyroïdien nécessaire, la section ou la déchirure des nerfs importants de cette

région, l'ablation bien rare, mais possible, des glandes parathyroïdiennes, ablation qui serait suivie de tétanie.

Un second principe de ces opérations, c'est le capitonnage très exact de la capsule propre par une suture au catgut. Si vous y manquez, vous aurez un hématome consécutif et même une hémorragie grave, alors vous croirez tout fini. Il faut donc repérer le fond et les parties latérales de cette capsule et avec une aiguille courbe s'appliquer à ne laisser aucun espace mort.

Cette première tumeur médiane était, comme je l'avais prévu, un goitre kystique à contenu *sanguinolent* ; il était tout à fait indépendant du corps thyroïde qui, lui, était refoulé en haut ; il était atrophié et avait une consistance fibreuse tout à fait différente de la normale. L'isthme avait encore une certaine largeur, mais les lobes étaient remarquablement petits. A la tumeur kystique étaient annexés deux petits goitres dits *goitres ganglionnaires*. Je les enlevais par la même incision ; ils m'ont paru indépendants l'un de l'autre et indépendants de la tumeur principale.

Ma suture médiane faite, je passais à la tumeur latérale par une nouvelle incision le long du sterno-mastoidien. Cette *ablation sous-capsulaire* fut également facile. Il s'agissait ici de tissu parenchymateux sans kyste. Je pris soin de laisser adhérent à la capsule assez de tissu thyroïdien pour éviter les conséquences d'hypothyroïdisme que vous connaissez.

Un point important de mon exploration a été le suivant : tout à fait en bas, presque derrière le sternum, la trachée, au lieu d'être ramollie et aplatie, comme c'est le cas le plus ordinaire au contact d'un goitre, avait un volume et *une dureté* remarquables. Il y avait là une masse qui en augmentait singulièrement les dimensions. De quoi s'agissait-il ? probablement encore d'un amas thyroïdien *fibreux* très adhérent à la trachée. Je ne vis pas la possibilité d'une dissection et je me retirai en bon ordre pour ne pas prolonger une intervention déjà longue.

Notre malade est aujourd'hui guéri et se réjouit d'un résultat que ni le traitement iodé prolongé traditionnel, ni les injections interstitielles *dangereuses* n'auraient pu amener.

Schéma dessiné
par M. LEMOINE, interne.

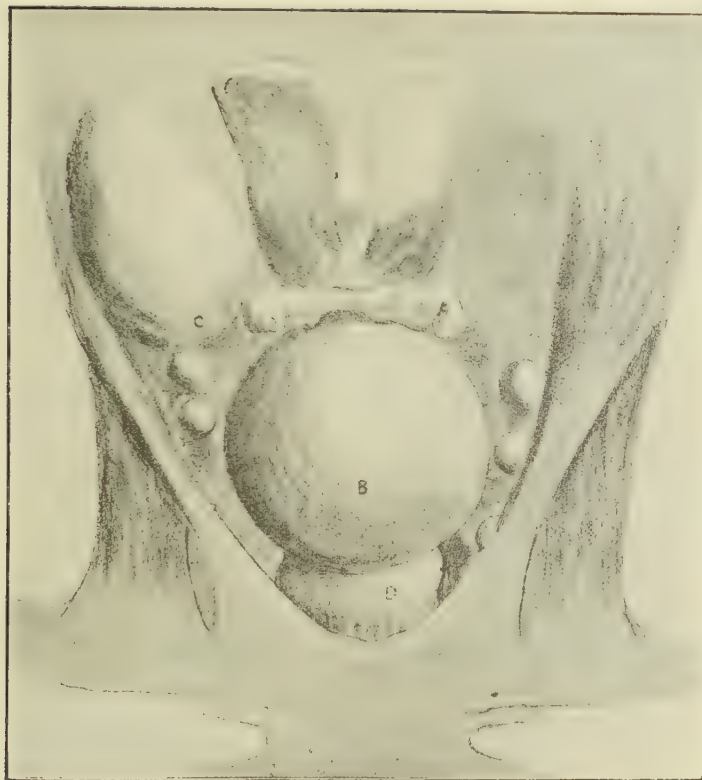


Fig. 7. — Goîtres aberrants multiples. Le corps thyroïde (A) est atrophié et fibreux. Le goitre médian (B) est kystique et paraît indépendant. Le goitre latéral (C) est parenchymateux. Les autres petits goîtres ganglionnaires sont en partie kystiques avec contenu séro-sanguinolent. (D) Masse entourant en bas la trachée.

CONCLUSIONS

I. — Les goitres aberrants ont leur origine dans les restes de l'ébauche thyroïdienne.

II. — Ils présentent toutes les variétés histologiques des goitres ordinaires.

III. — Comme eux, ils sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

IV. — Absolument indolents, ils manifestent leur présence soit par leur volume seulement, soit par la gêne fonctionnelle qu'ils entraînent du côté :

- de la respiration ;
- de la phonation ;
- de la circulation sanguine.

V. — Leur évolution est lente dans les premières années ; plus tard, sous l'influence de causes inconnues, ils peuvent évoluer facilement :

- a) La tumeur augmente rapidement de volume ;
- b) Elle peut subir la dégénérescence cancéreuse ;
- c) Elle reste stationnaire et ignorée

VI. — Le diagnostic est ordinairement difficile. L'atrophie marquée du corps thyroïde, ou bien un goitre de la glande principale, peuvent aider au diagnostic, mais celui-ci n'est absolument certain que par l'examen microscopique.

VII. — Les complications sont dues aux hémorragies et aux compressions d'organes importants, tout comme dans le goitre ordinaire.

VIII. — Le pronostic dépend de la situation du goitre et de son volume.

Les goitres endothoraciques et endotrachéaux sont les plus graves.

Tout goitre est dangereux par la dégénérescence cancéreuse qu'il peut subir.

IX. — Les traitements médicaux ne donnent aucun résultat.

Les injections interstitielles sont surtout à rejeter en raison :

- a) de l'infection possible ;
- b) de l'inflammation qui peut en résulter et des adhérences consécutives qui gênent énormément l'opérateur dans la suite ;
- c) des embolies possibles.

X. — Le traitement chirurgical est le seul qu'on doive employer.

Parmi les diverses méthodes, toutes les fois que l'on pourra faire l'énucléation sous-capsulaire, il faudra l'appliquer, c'est la méthode de choix parce que :

- a) elle diminue les chances de myxœdème ou d'hypothyroïdisme post-opératoire ;
- b) elle entraîne peu souvent de graves hémorragies pendant l'opération ;
- c) elle permet le capitonnage sans espace mort de la capsule, ce qui empêche les hémorragies tardives.

Dans tous les autres cas, il faudra employer l'énucléation totale en ayant soin de faire d'excellentes ligatures sur les pédicules vasculaires.

XI. — Contre le myxœdème post-opératoire, il faudra instituer le traitement thyroïdien.

XII. — Lorsque la glande principale est atrophiée et que le goitre aberrant est un organe de suppléance, s'il n'y a pas de par son volume de symptômes fonctionnels graves, il faut savoir attendre avant d'opérer.

Vu : Bon à imprimer :

Le Président,

PAUL SEGOND.

Vu : *Le Doyen,*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.



BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE et BONNET. — Un cas de goitre bénin métastatique (Journal de Chirurgie, août 1911, page 167).
- ARMEILLA. — Goitre lingual. Lyon, 1900. (Thèse.)
- AUGIER. — De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goitre parenchymateux. Lyon, 1892.
- BATTINI. — Quelques considérations sur le goitre plongeant. Montpellier, 1891.
- BERGER. — Epithelium aberrant de la thyroïde (Séance, 18 octobre 1897, Société de Chirur., page 15).
- BÉRARD. — Nouveau Traité de Chirurgie. Les Goîtres.
- BÉRARD et THÉVENOT. — Note sur l'étiologie des goîtres (Soc. Biolog., 12 janvier 1907).
- BORN. — Ueber de Derivate der Embryonalen schulundbogen v schlundspalten bei saügelthieren (in Arch. fur. mikr anat., 1882).
- BRAULT. — Sur le développement des épith., origine endodermique (Presse médicale, 1894, N° 28).
- CADET, Louis. — Contribution à l'étude des goîtres intra-thoraciques. Lyon, 1905-1906. (Thèse.)
- CHEMIN. — Contribution à l'étude des restes, chez l'adulte, de l'ébauche thyroïdienne médiane (Bibliographie à combler). Bordeaux, 1895-1896. (Thèse.)
- CIPRIANI GIUSEPPE. — Goitre accessoire (A Morgagni, 1899).
- COUPRY. — Les kystes hydatiques de la Région cervicale, corps thyroïde excepté. Lyon, 1891.

- DAVIDSOHN. — Ueber den Schlesischen Kropf (Virchows. Archiv für pathalogische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin, tome CCV, f° 2, 1911).
- DICTIONNAIRE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICAL. — Tumeurs bénignes, goîtres.
- DREIJER. — Struma-statistik fraan Virdois'socken af Wasa län aar 1910 (Finska Lakaresallskapet's Handlingar, tome LIII, N° 7, 1911).
- DU CLOT. — Enucléation massive des goîtres. Lyon, 1901.
- FISCHELIS. — Beiträge zur Kenntniss der Entwicklungsgeschichte der g. thyroïdea und g. thymus (Arch. für Anat., 1885).
- FONTAINE DE PRELLE. — De l'enucléation intra-glandulaire des goîtres. Strumectomie. Lyon, 1892, N° 652. (Thèse.)
- GIROD, Victor. — Contribution à l'étude du goitre suffocant, variété rétro-sternale. Montpellier, 1889, N° 36. (Thèse.)
- GORTS. — (Presse oto-rhino-laryngologique belge, janvier 1907). Goitre de la pointe de la langue (Acad. royale de méd. belge, 1905).
- HIS — Développement des arcs branchiaux.
- HIS. — Der tractus thyreoglossus und. Seine Beziehungen zum Zungenbein (Arch. für Anat. v. Physiol., 1891, p. 30).
- HOFFMANN. — Journal de Chirurgie, tome IV, 1910. — Glande thyroïde accessoire intratrachéale d'Hoffmann, page 50.
- HOFMEISTER. — Aberrierte struma inter der Brusthaut (Beiträge f. Klin. Chirurg., 1898, page 585).
- HOLSCHER. — Ueber stenose der oberen Luftwege bei Kropf (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie, tome XXV, page 21.911).
- SEESSEL. — Zür Entwicklungsgeschichte der Vorerdarms (in Archiv für anat. von His, à Braune, 1877).

- JABOULAY. — Résection du sternum dans les goîtres plongeants (Lyon Médical, 1896).
- KADYL. — Uber accessorische Schilddrüsen lappchen in der zungenbein gegend (in Arch. für Anat. und physiolog., 1879).
- KAPSAMMER. — Goitre kystique aberrant (Wien. Klin. Woch., 1899, N° 17, page 461).
- KATSCHENKO. — Das sekiksal der Embryonalen schundspalten bei saugethieren (Arch. fèv., p. 1-25, 1888).
- KOLLIKER. — Entwicklungsgeschichte des menschen und der Wirbelthiere. Leipzig, 1861.
- KREEKE. — Du goitre intra-thoracique (Munich, med. Woch, 22 février 1898, page 233)
- KREUZFUCHS. — Symptomatologie et fréquence du goitre intrathoracique (Soc. de Méd. et de Pédiatrie de Vienne, 14 janvier, N° 3, page 209 à 211).
- KRUGER. — Goitre intrathoracique (Soc. des Sc. médicales et naturelles d'Iéna, 8 décembre 1910).
- LEJARS. — Fistule branchiale à parois complexes (Prog. méd., 13 février 1892).
- LENORMAND. — Traitement du goitre par les injections de teinture d'iode. Paris, 1901.
- LEULIER, Maximin. — Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue. Paris, 1908-1909. (Thèse.)
- LHÉRITIER. — Etude du goitre dans le Puy-de-Dôme. Paris, 1904. (Thèse.)
- MALARD. — Sur le goitre plongeant ou rétro-sternal. Paris, 1879. (Thèse.)
- MARSHALL. — Conduit thyroglossique (Journal of Anatomy, octobre 1891).
- MARTIN. — Kystes du canal thyrolingual. Paris, 1895. (Thèse.)
- MARTIN, W. — Saint-Luke's, Hospital médical and surgical (Reports, tome II, 1910, page 37 à 39).

- MAYO. — Lingual, sublingual and other Forms of Aberrant Thyroids (The Journal of the American Association, tome LVII, N° 10, 2 Septembre 1911).
- MEURON (DE). — Recherches sur le développement du thymus et de la glande thyroïdienne. Genève, 1886.
- MONNIER, D. — Observations topographiques et statistiques pour servir à l'étiologie du goitre dans le Jura (Annuaire du Département du Jura pour 1853, page 338 et suivantes).
- MOURE. — Goitre plongeant avec compression du paquet vasculo nerveux, opération et guérison (Gaz. hebdomadaire des Sc. médicales de Bordeaux, tome XXXII, N° 27, juillet 1911, page 317).
- MULLER. — Über die Entwicklung der Schilddrüse (In Ienaische zeitschrift, 1871).
- PRÉCIS D'EMBRIOLOGIE HUMAINE.
- PRENANT. — Annotation sur le développement du tube digestif chez les mammifères (Journal d'Anatomie et de Physiologie, mai-juin 1891).
- PRINCETEAU. — Goitre kystique à parois calcifiées (Soc. anatomo-clinique de Bordeaux, 1^{er} mai 1911).
- POIRIER. — Développement du corps thyroïde (Tome IV, page 557).
- POIRIER. — Traité d'Anatomie humaine.
- REINAK. — Entwicklung der Wirbelthiere. Berlin, 1850-1855.
- REMBACH. — Des goitres rétro-viscéraux (Reitz. z. Klin. Chirurg., tome XXI, page 365).
- RÉPIN. — Goitre expérimental (Soc. Biologique de Paris, 29 juillet 1911).
- REVERDIN. — Congrès français de Chirurgie, 1898 (in-extenso, page 450, Traitement chirurgical du goitre, cancer et exopht. exceptés), à propos du traitement

des goîtres aberrants, page 279 du Nouveau Traité de Chirurgie (Bérard).

REYNIER. — Goîtres aberrants et épithéliomas branchiaux (Soc. de Chirurgie de Paris, 7 novembre 1906).

ROCHER. — Des métastases du goitre. Lyon, 1903.

SIMON. — Notes préliminaires sur l'évolution de l'ébauche thyroïdienne latérale chez les mammifères (Soc. de Biologie, 3 mars 1894).

STIÉDA. — Untersuchungen über die Entwicklung der glandula thymus, glandula thyroïdea und glandula carotica. Leipzig, 1881.

STREIKEISEN. — Beiträge zur morphologie der Schilddrüse and für Anat. und physiolog. Heft. 1, page 131, Heft. 2, page 215, 1886, morphologie du corps thyroïde, Th. de Bâle, 1886.

TERRIOU. — Considération sur l'étiologie du goitre. Paris, 1893 (Thèse.)

VEAU. — Thèse, 1900-1901, page 274. (Paris.)

WÖFLER. — Die Aortendrüse und der Aorteukropf (in Wiener med. Wochenschrift, 1879).

WÖFLER. — Über die Entwicklung und den Bau der Schilddrüse. Berlin, 1880.

